

مجلة
المعهد الطبي العربي
تبحث في الطب والصيدلة وجميع فروعها

يصادرها عن دمشق مصورة
المعهد الطبي العربي مرة في الشهر ماعدا شهر رجب وأيلول

كل ما يتعلق بالتحرير يفاوض به رئيس التحرير الدكتور مرشد خاطر
استاذ الامراض الجراحية ومبريزاتها
دمشق - سوريا

فاتحة السنة الخامسة

دخلت هذه المجلة سنتها الخامسة مع انبلاج فجر السنة الجديدة فكانت الكلمة الاولى التي يزدان بها صدرها عاطفة تهنئة تزفها الى قرائها الكرام سائلة لهم سنة سعيدة ملوؤها الافراح والنعم . فعسى ان يبادلها قراؤها هذه التهنة وان يشدوا ازرها لتسير الى الامام وان يشملها اطباء البلاد العربية وصيادلتها وعلمائها وادباؤها بمعانيهم وتزداد ازدهاراً كلما قدم العهد عليها .

ان المجلات والصحف كافة لاثميا ولا تجد نشاطها الا متى تعهدوا كتابها ومراسلوها بشمرات افكارهم اليازمة وجاد عليها مشتركوها بقيم اشتراكاتهم لان حياة المجلات نوعان حياة ادبية مستمدة من المكتبة والمراسلين وحياة مادية مستمدة من المشتركين ولاغنى للحياة الادبية معها كانت نشيطة عن الحياة المادية لان اجتماع الحياتين امر ضروري لنهضة الصحافة

وان مجلتنا التي يصدرها معهدنا الطبي تجد في اساتذته ما تحتاج اليه لحفظ حياتها الادبية فهم الذين يدونها بكل جديد وينفخون فيها روحاً علمية عالية ويعززون شأنها بمقالاتهم الشائقة ونشربحاثهم الدالة على التقصي البعيد . وهي تجد ايضاً - في موازنة المعهد بعض

ما تحتاج اليه في حياتها المادية .

غير انها تمنى ان تكون اداة الوصل بين اطباء البلاد العربية كافة ، ترغب في ان تكون مستودع انبجاثهم واختباراتهم وتجاربهم ، تود ان يكون لها من الكتبة والمراسلون في البلاد البعيدة اكثر مما لها في المعهد الذي يصدرها وانها تأسف اشدهم الأسف لان صوتها الذي تنادي به اطباء العرب وصيادته وعطاءه قد يبح ولم يجد ملبياً وانه ليولمها ان تلاقي هذا الصدود من ابنائها الذين تربطها بهم اواصر اللغة بيد ان الاجانب عنها يمدونها بشمرات نقصياتهم وانبجاثهم اسنا ننسب هذا الجفاء الى فضوب معين العلم العربي في عقول ابنائه وبينهم العلماء الاعلام والنطس المهرة ولكننا ننسبه الى اهمالهم ونرجو ان يتخلص ظل هذا الاهمال .

اما مشتركونا الكرام فان بينهم من منحضهم ارق عواطف الشكر لاسراعهم الى تأدية اشتراكهم ونعتذر اليهم بقطع المجلة عنم لا يؤدي فيحة اشتراكه مقدماً لان المعهد الذي اخذ على عاتقه ادارة المجلة يجد صعوبة شديدة في تعين وكلاء أو ايفاد مندوب عنه لاستيفاء قيم الاشتراكات وهو يؤمل انه يجد من المشتركين اقبالاً على دفع الاشتراكات في رأس هذه السنة الجديدة وميلاً الى مساعدة هذه الصحيفة العربية التي كرس حياتها لخدمة الطب العربي وابلاغه للمستوى الرفيع الذي وصل اليه في البلاد الغربية .



الرمد الحبيبي (التراخوم) في سورية

للحكيم رضا سعيد عميد الجامعة السورية ورئيس المعهد الطبي
وأستاذ امراض العيون فيه

الرمد الحبيبي في سورية مرض بلدي كداء التحولات (amibiase) والبرداء ويقول مور كس ولكح « ما الشرق كافة الا بلد العمي الذين نلقاهم في شوارع المدن الكبرى يتسولون ويحتاطهم الجميع بالاحترام لان الشعب الساذج يتوسم فيهم القداسة ويعتقد ان قضاء الله قد حل بهم . وهذا الداء منتشر انتشاراً هائلاً في القطر المصري ولا تقل نسبة المصابين به في فلسطين عن ٥٠ - ٧٥ بالمائة (تشارنوف Tchernoff) وهو في سورية ايضاً كثير الانتشار ولا سيما في النواحي الغربية والجنوبية منها واما في البلدان اللبنانية فانه اقل انتشاراً (دبرلونغ De Peyrelongue)

.....

ان الرمد الحبيبي مرض البلاد القاحلة المعرضة للرياح اللاخفة الهابة من الصحراء ولهذا كانت نواحي القنيطرة وانجاد حوران ومهول القوطة الواقعة على ابواب دمشق عرضة لهذا المرض اكثر من سواها وكان عدد المرضى فيها كثيراً لانها معرضة لمهب الرياح الشرقية . ان الريح تنقل معها ذرات الرمال الصغيرة واشواك الصبيرا اللطيفة الخفيفة فتخرش المتحمات وتسهل لها التعلق بعوامل الرمد الحبيبي وظهور السورات الحادة في من اذن مرضهم

واننا نظن ، وان يكن عامل الرمد الحبيبي المرضي لم يكشف بعد ولم يوصف حتى الآن ، ان هذا المرض جرثومي وانه يعدي بمفرزات العين ولهذا كان هذا الداء مرض الفقراء والقدرين .

واكثر ظهوره في الفلاحين ولاسيما في من يحنون اثمار الجوز الخضراء والتين ، اولئك الذين تلوث ايديهم بمصير التين اللبني وبقشور الجوز الاخضر السوداء فيمسحون بها عيونهم ويخرشون ملتحاتها . وهو كثير ايضا في الاكواخ وامواق المدن الكبرى حيث ازدحام السكان والمارين واهمال قواعد علم الصحة وازدياد الحرارة الناتج من سوء التهوية ، تعدد شروطاً ملائمة لتقف عدد لا يحصى من الدباب الذي يحمل بارجله واجنحته الصديد من اجفان المريض ويلقح به السليم . ويهاجم الدباب الاطفال الحديثي السن الذين لا يقدرّون على الدفاع عن انفسهم اكثر مما يهاجم سواهم ويشاهد هذا المرض منذ السنة الثانية من العمر لابل منذ السنة الاولى ويصاب به الكهل ايضا والرجل والمرأة على السواء غير انه في الكهل من ندي لان المريض يكون قد اصيب به منذ نعومة اظفاره .

.....

ان التراخوم منتشر هذا الانتشار العظيم في سورية للاسباب العديدة التي اوردها : اهمال قواعد الصحة ، والازدحام ، وتقل الاغبرة الراضة الحارشة ، وكثرة الدباب ، حتى اننا وجدنا بين ١٠٠٢٤ مريضاً عينا عيونهم سواء في المستشفى أو في عيادتنا الخاصة ٦٩٠٤ مرضي مصابين بالرمد الحبيبي وقد كان منهم ٢٣٨٨ مريضاً مصابين باضغاث قرنية : سبل

وقروح قرنية وودق (leucome) و ٨٤٨ مصابين باضغاث الاجفان: شعرات بسيطة او ناكسة ، التصاق الجفن بالعين ، انقلاب الجفن الداخلي . وان الشكل الاكثر حدوثاً منه هو النوع المزمن لان الشكل المبدئي نادر وسببه جهل الشعب واهماله لقواعد علم الصحة وتنع المرضي عن استشارة الطبيب قبل استفحال المرض وكثيراً ما يستشيرونه حين اصابتهم بسورة حادة او بضغث خطر وانهم يعجبون اشد العجب حينما يقال لهم انهم مصابون بهذا الداء منذ سنوات عديدة لانهم يظنون انهم لم يصابوا به الا مبذ بضع سنوات فقط . وان من الاضغاث ما هو جدير بالاهتمام كعين الارنب (lagophtalmie) والقرحة القرنية الناجمة من عين الارنب ، والعمى المطبق وكثرة النكس . ولا تنجم هذه الاضغاث من الرمد الحبيبي وانما من التوسطات الجراحية المبسرة والمساء اجراؤها التي يقوم بها بعض الدجالين او من يعدون انفسهم جراحين اختصاصيين بالشعرة فيجولون القرى ويجرون العمليات لهؤلاء المرضى السذج و يقطعون من اجفانهم العليسا شريحة كبيرة تنجم منها عين الارنب مع ما تجره من العواقب الوخيمة .

.....

ولا يظهر الرمد الحبيبي في جميع الفصول على السواء . فهو كامن في الشتاء ولا يبدأ بالظهور الا في اذار ونيسان و يبلغ شأوه في تموز وآب وايلول وتعد منه اصابات كثيرة في تشرين الاول ايضا كما ذلك الا لان الصيف طويل المدة في سورية . ولان الثين والجوز ينضجان في هذا الفصل الحار ولان الذباب ينقف فيه والرياح الهابة تنفخ فيه من الصحراء سافية معها

ذرات الرمال والاشواك . وتكثر في هذا الصيف ايضاً الاتصالات بين سورية والبلاد المجاورة : العراق وشرق الاردن والعجم وفلسطين ومصر كل هذه البلدان الملوثة بالرمد الحبيبي .

.....

وليس لنا ان نذكر شيئاً خاصاً عن معالجة الرمد الحبيبي في سورية لاننا نستعمل في مداواته الطرق المعروفة ولكن ما يستحق ان يلفت انظارنا ويستوقفنا هزيمة انما هو الوقاية . يحق لنا ان نجهز بان الاحتياطات التي يجب اتخاذها منعاً للرمد الحبيبي عن الانتشار لا تزال حتي اليوم في عالم الغيب . لانجهل ان في القانون التركي القديم مادة تعهد الرمد الحبيبي في مصافى الامراض التي يترتب على الطبيب اخبار ادارة الصحة عنها وان الحكومة المنتدبة لم تبطل هذه الشريعة غير انه يخيل ألينا ان اكثر الممارسين قد اهملوا وعدا ذلك فليس من اختصاصيين رسميين بامراض العيون اذا استثنينا دمشق وحلب ولكن المصابين بالرمد الحبيبي يعالجون كمتعالج الامراض الاخرى في المستوصفات المختلفة وعليه كان من الحسن ان تنشأ مستوصفات خاصة بالرمد الحبيبي يتولى امورها اختصاصيون مهرة وكان من الواجب ان تنشأ في المدن الكبرى مستشفيات خاصة لهؤلاء المرضى .

ويجب علاوة على ذلك ان يعين اطباء اخصاء تصحبهم مرضات للتجول في اطراف البلاد جميعها ولعلاجة المرضى المصابين بالدرجة الاولى من الرمد الحبيبي وفرز المرضى الذين بلغوا من الداء درجة وخيمة وارسلهم الى مستشفيات المدن الكبرى ليعالجوا فيها . ويجب ان يراقب تلامذة

المدارس العامة او الخاصة مراقبة بالغة اقصى درجات الدقة حتى اذا كان احد التلامذة مصاباً بالحبيبات اجبر على المعالجة والمتابعة عليها ريثما يشفى والا يخرج من المدرسة .

هذه هي الملاحظات التي عن لنا ابدؤها قبل انهاء عجالتنا عن الرمد الحبيبي وهي ملاحظات املتها علينا ممارستنا الطويلة فعسى ان تعمل بها حكومات البلاد الشرقية التي نفشى فيها هذا الداء الوخيم لتستأصل شأفته منها .

فوائد الاشجار

يشير كروزل على الزراعين الذين يرغبون في انماء اشجارهم انماء سريعاً في مدة قصيرة ان يدعوا قسماً من اوراق الاشجار المتناثرة على الارض حيث هي لكي تبقى للارض خواصها الشعرية والمسامية (porosité) وان يجمعوا القسم الاخر من الالوانق ويحولوه رماداً فيكون مفيداً للاشجار فائدة كبيرة لاحتوائه على ملاح كثيرة معدنية



بحث تشريحي سريري في التغيرات المحيطة بالبلعوم

وكيفية تشخيصها ومداواتها

للحكيم عبد القادر مري

استاذ امراض الأذن والأنف والحنجرة وعلم التشريح في المعهد الطبي العربي



حدا في الى طرق هذا البحث الجلل ماشاهدته في كثير من المرضى من المجامع الصديدية المختلفة النوع التي كانت تستقر حول الميزابة البلعومية فكانت تسوق الناظر اليها الى الغلط في التشخيص فكان بعد بعضها خناقات ذباحية^(١) (دفتيرية) او بسيطة والبعض الآخر اوراًماً بلعومية لدفعها جدران البلعوم نحو الاجزاء التشريحية السائرة من الافواه الطبيعية وغير ذلك من الامور التي كانت تحجب المرض الحقيقي فيصعب تشخيصه وتسوف مداواته فتكون عاقبته وخيمة وقد تنتهي بموت المريض .

جي^١ الي^٢ بطفل لانتجاوز سنه الستين مصاباً بخراج وراء البلعوم كان قد ظننا احد الزملاء بالنظر الى العلامات البادية في الحلقوم وانتفاخ العقد البلغمية ما تحت افك خناقاً ذباحياً فعالجناه كما يعالج هذا الداء بالمصل المضاد للذباح وبما ان الاعراض ازدادت شدة عوضاً عن ان تخف جي^٢ به الى عيادتي فظهر لي بعد معاينته معاينة دقيقة انه مصاب بخراج وراء البلعوم وانه لا اثر للخناق الذباحي فيه فأظهرت لوالدة الطفل حقيقة الواقع

(١) الذباح ترجمة دفتيريا وهي من وضع الاب العلامة انستاس ماري الكركلي

واثرت عليها بوجوب الاسراع الى التوسط الجراحي لأن في التأجيل خطراً عظيماً يهدد حياة الطفل فغادروا عيادتي بين مصدقين ومكذبين ولكن سعد الطالع ساقهم الى الاستاذ مرشد خاطر بك فكان تشخيصه مثبتاً لتشخيصي ثم اجتمعت بمحضرة الاستاذ وفتح الخراج فنجح الطفل . ودخل المستشفى العام مريض يشكو عسرة في التنفس والبلع كانت تشتد اشتداداً تدريجياً حتى كاد يختنق فارسل الى العيادة الاذنية فظهر بعد معاينته انه مصاب بخراج بارد وراء البلعوم مسبب عن داء بوط العنق فافرج بجهاز بوتن وثبت العنق بجهاز جبسي فنجح المريض من الخطر المداوم الذي كان يهدده وعلى ذلك امثلة كثيرة .

ان درس هذه المجامع الصديدية والتأمل في وخامة عاقبتها كان الشغل الشاغل للأطباء والجراحين وامر التباسها تارة ببعض التهابات اللوزة واخرى بخناق بسيط كان كثير الوقوع حتى القرن السابع عشر .

وقد بين العلماء ومنهم (لودنهوت) ١٨٣٤ و(فهلنغ) سنة ١٨٤٠ و(موندير) سنة ١٨٤٢ ان المجامع الصديدية ما وراء البلعوم ممكنة الحدوث ولكن الفضل بايضاح احد القلغمونات المحيطة بالبلعوم نعني به القلغمون العقدي ما وراء البلعوم يعود الى العالم (درونيل) الذي دقق في هذا البحث سنة ١٨٦٣ والى تلميذه جيلت الذي نظم اطروحة سنة ١٨٦٧ وسميت العقدة البلغمية الموجودة امام المحور باسمه والى العالم (غوتيه) من (جنوه) .

ثم جاء بعدهم العالم (مارفن) فأكمل هذه الابحاث كما ان (توبه رازوو)

بين سنة ١٨٩٦ باطروحتة اضفاث الفلغمون العقدي ماوراء البلعوم التي
تفضي الى الموت الفجائي وقد قسمت منذ ذلك الحين لجامع الصديديّة التي
كانت تتكوّن حول البلعوم قسمين مختلفين الخراجات ماوراء البلعوم
وخراجات البلعوم الجانبية .

وقد اقرّ الاستاذ (تيو) بعد تتبعاته الخاصة هذا التقسيم وجاءت
معلمة الفنون الطبية والمعجم الطبي الجراحي بايضاحات لابتحاث العالم (تيو) .
ثم نظر البحاثة (سايلو) في العوارض السنية وقال قد يصحب
النخرة السنية عوارض فلغمونية تنشأ من الفلغمون العظمي لا العقدي غالباً
وهي تناسب زمن ظهور الناجذة (ضرس العقل) المسترة او المنخرة
ويطابق كل المطابقة للتظاهرات الفلغمونية التي تستقر على الوجه الباطن
في زاوية الفك وشعبته الصاعدة وقد كان سماها (شاسنيك) الفلغمون
العقدي تحت زاوية الفك .

وتنتشر بعض الجامع الصديديّة سواء أ كانت تلك الجامع ناتجة من
آفة اذنية او لوزية الى احد الاخيلية التشريحية الواقعة الى جانب البلعوم
فتوقع الطيب المستقصي في الفلظ وتلتبس (نارة) بداء بوط) وطوراً بخراج
ماوراء البلعوم كالنوع الوداجي ذي البطنين من التهابات الحشاء الذي يتبع
به الصديد ذروة الحشاء (الناقى الحلمي) و ينفث في العنق و يستقر تحت
البطن الخلفي لذات البطنين ثم يبرز على الجدار الجانبي للبلعوم .

• وذكر (اسكا) سنة ١٩٠٨ حادثة خراج سني كان مستقراً على
الوجه الباطن من شعبة الفك الصاعدة ومتأهباً لدفع اللوزة نحو تجويف الفم

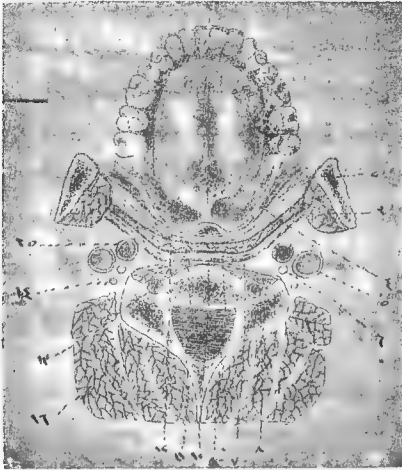
فيتبين مما تقدم ان التقيحات حول العلوم جديدة بالدرس والتصنيف ولهذا قام العالم (تروفرث) رئيس السريريات في جامعة الطب في باريس بتصنيف المجامع المستقرة في محيط العلوم مستثنياً منها بعض التقيحات التي لاعلاقة لها بجدران العلوم كالفلمونات قاعدة اللسان وقاع الفم والفلمونات البلعومية الخنجرية واللامية الدرقية ولسان المزمارية التي تختلف بوضعها وعلاماتها المرضية عن التقيحات المذكورة اختلافاً تاماً .

واننا اذا جازينا العالم (تروفرث) في رأيه نحصر بحثنا حيثئذ في التقيحات التي تستقر حول العلوم وتجاور الجدار الخاص للميزابة البلعومية فنقول :

نبذة تشريحية

بما ان تصنيف التقيحات حول العلوم مبني على الخطط التشريحية المحيطة بالعضو المذكور كان البحث في هذا الموضوع امراً واجباً . لان كل خلاء من الاخلية التشريحية الكائنة حول العلوم قد يكون مقراً لمجمع صديدي فيكون داءً مستقلاً متصفاً باعراض سريرية خاصة له انذار وسير خاصان به .

فيتألف البلعوم من مجرى عضلي غشائي طويل يمتد امتداداً قائماً من الناقى القاعدي لعظم القفا حتى الفقرة الرقبية السادسة حيث ينتهي في المريء يمد طرفه العلوي اذن الناقى القاعدي ويحده في الوراثة الوجه الامامي للعمود الرقبى ويشترك طرفه الامامي من العالي الى الاسفل بالحفرتين الانفييتين ، فتجوف الفم ، فالخنجرة والراغامي فهو كدهايز واسع مشترك بين الممرق الهوائية والمضمية .



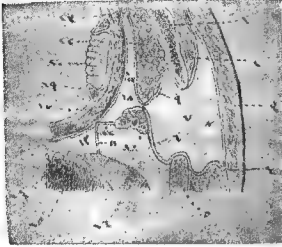
الشكل [١]

- ١ - لسان المزمار ٢ - عظم الفك الاسفل ٣ - العضلة الجناحية الانسية
- ٤ - الغشاء المخاطي للبلعوم ٥ - الوريد الوداجي الباطن ٦ - العصب الرؤي
- المعدي ٧ - صفاق البلعوم ٨ - عضلات قرب الفقار ٩ - الطبقة الخلوية الليفية
- ١٠ - صفاق قرب الفقار ١١ - عضلات البلعوم ١٢ - الطبقة الغدية ١٣ - الشريان
- الفقري ١٤ - العصب الودي ١٥ - الشريان السباتي الباطن ١٦ - فقرة رقبية

واذا دقق القارئ في هذا المقطع الافقي (الشكل ١) المقتطع ازاء القطعة القمية من العضو المذكور رآه كمنزلة يتجه نقرها الى الامام ولا تزال كذلك حتى قسمها السفلي حيث تنقلب الى قناة تامة وتصل بالقناة

المائة لما من المري . ويحيط بهذه الميزابة غمد ليفي خاص يتألف منه صقل العضو المذكور الذي يفترق عن العمود الرقبى بالعضلات قرب الفقار ثم بالصفاق قرب الفقار بل تفصله عن الاعضاء المذكورة طبقة ليفية خلوية فطبقة نسج ضام رخو صفيحي لها شأنها الخاص في الالتئامات التي تقع ما وراء البلعوم .

ثم يرتكز الصفاق المذكور في طرفه العلوي على جسم العظم الوتدي والحلبة البلعومية للثاني القاعدي من عظم القفا ويرتبط بالاجزاء السائرة من الصقل بموجب ليفية يمتد بعضها من الزاوية الخلفية من البلعوم حتى الطرف الانسي من قواعد النواقى المعتزلة لل فقرات الرقبية وهي الصفق التي سماها (شاري) الصفق الوحشية للبلعوم ويمتد البعض الآخر من العضو المذكور في الثاني الابري و يعرف (بالصفاق البلعومي الابري) او (جنبح البلعوم) وبما ان هذا الصفاق الأخير يرتبط بواسطة الحزمة الابرية التي يسميها المشرحون (حزمة ربولان) - وهي تتألف من العضلات الثلاث العضلة الابرية البلعومية والعضلة الابرية اللامية ، والعضلة الابرية اللسانية ومن الرباطين الابري اللامي والابري الفكي - ولا سيما بواسطة الرباط الابري الفكي بالوجه الباطن من زاوية الفك ونشعبته الصاعدة - كان مع مجموع هذه الاعضاء نوع من الحجاب يقسم (الخلاء الفكي الفقري البلعومي) قسمين احدهما وحشي فيه الغدة النكفية والشريان السباتي الظاهر والوريد الوداجي الظاهر ويعرفه المشرحون بـ (المسكن النكفي) وسماه (سايلو) الخلاء الغدي والاخر باطن ينطبق على صفاق البلعوم وسماه سايلو (الفراغ تحت الغدة) .



الشكل [٢]

- ١- شعبة عظم الفك الأسفل
- ٢- العضلة الماضغة ٣- الجلد
- والطبقة الخلوية تحت الجلد ٤-
- العضلة القصية الترقوية الخشائية
- ٥- البطن الخلفي من ذات البطنين
- ٦- الوريقة الباطنة من الصفاق
- النكفي ٧- المسكن النكفي ٨-

الوريقة الظاهرة من الصفاق النكفي ٩- الوريقة الباطنة من الصفاق النكفي ١٠- المسكن وراء الأبري ١١- الحجاب السهمي الممتد من الصفاق البلعومي الى صفاق قرب الفقار ١٢- الصفاق الأبري البلعومي او جنين البلعوم ١٣- الخلاء ما وراء البلعوم ١٤- صفاق قرب الفقار ١٥- الفقار ١٦- عضلات قرب الفقار ١٧- الناقى الأبري وحزمة ربولان ١٨- المسكن امام الأبري المنقسم من المسكن تحت الغدي (لسيلو) ١٩- الصفاق قرب البلعوم ٢٠- اللوزة الحنكية ٢١- الصفاق قرب البلعوم ٢٢- العضلة الجناحية الأنسية ٢٣- الناقى الجناحي

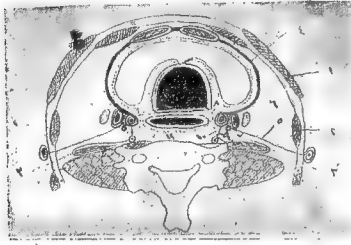
إذا نظرنا الى هذا الشكل شاهدنا ان الفراغ تحت الغدة ينقسم أيضاً بالصفاق البلعومي الأبري قسمين أحدهما امامي يعرف (بالفراغ تحت الغدة قرب الناقى الأبري) وآخر خلفي يعرف (بالفراغ تحت الغدة خلف الناقى الأبري) (سايلو) .

فيقسم الفراغ قرب الأبري تسبيلاً للبحث فيه بقطر يمتد من الكتلة الأبرية حتى الوجه الباطن لزاوية الفك - الى مسكتين (تروفورت) مسكن امامي توجد فيه العضلات الثلاث العضلة الجناحية الظاهرة

والعضلة الصدغية والعضلة الماضغة وكرة (يلشا) الشحمية والحزمة الوعائية العصبية للجهاز الماضغ ويعرف بـ (المسكن الجناحي القوي) ومسكن خلقي يتألف سقفه من بوق (اوستاكيوس) ولا يشاهد فيه من الاعضاء الهامة الا ما كان من جذر الشريانين الحنكي والبلعومي الصاعد ويسمى ايضاً (المسكن الجناحي البلعومي) .

واما الفراغ تحت الغدة خلف الابري فيحده في الامام جنيج البلعوم وفي الوراء النواتئ المعترضة للفقرات الرقية وفي طرفه الانسي الصفاق الوحشي للبلعوم الذي يفصله عن خلاء ما وراء البلعوم المتوسط بل تسترطفه الوحشي العضلة الوحشية الترقوية الحشائية وفيه الميزابة السباتية التي تنتهي عند الوجه السفلي الخلفي من الصخرة وفيه ايضاً الشريان السباتي الباطن والوريد الوداجي الباطن والعصب الودي والازواج القحفية الاربعة الاخيرة وبضع عقد بلغمية ونسيج ضام كثيف كائن حول الوريد الوداجي الباطن . وقد اتت التنبقيات التشريرية التي قام بها (تروفرت) اخيراً بنتائج مناقضة لما شرحناه آنفاً لاننا لو انعمنا النظر في الشكل ٣ المأخوذ من كتاب (تروفرت) لرأينا ان بضعة صفق عضلية ووريات وعائية سواء أ كانت شريانية ام وريدية تقسم العنق الى مساكن اخرى تختلف عن المساكن التي مر وصفها من حيث الوضع والمجاورة لان الصفاتين الرقيين الظاهر والمتوسط في العنق يحددان مع الفقرات الرقية مسكناً كانه نصف اسطوانة تقسمه الصفائح الوعائية ثلاثة مساكن تالية احدها متوسط حشوي تضاعف جداره الامامي في الامام العضلة القصية الضالعية الدرقية واثنان

جانبيان منضدان يسمى الظاهر منها (المسكن قرب الور يد العقدي) و يسمى الآخر (المسكن خلف الور يد) او (المسكن الباطن) تمييزاً لعن اخيه الظاهر



الشكل [٣]

١ - الصفاق
الرقبي الظاهر والعضلة
القصية الترقوية الخشائية
(الخلمية) ٢ -
الصفاق الرقبى المتوسط
والعضلات المغلفة به

(العضلة الكتفية اللامية والعضلة القصية الترقوية اللامية) ٣ - الصفاق الرقبى
الباطن ٤ - الصفاق الوعائية المحددة للمسكن الحشوي والصفاق الذي يتكون من
هذه الصفاق مع العضلة القصية الضلعية الدرقية المقوية لذلك الصفاق ٥ - الصفاق
الرقبي المعترض ٦ - المسكن الرقبى العقدي ٧ - المسكن الرقبى ٨ - الغلالة الحشوي
الجانبي ٩ - الصفيحة الصفاقية الأمامية الخلفية التي تغلف العصب الودي ١٠ - الوريقة
القاسمة للمسكن الحشوي ١١ - الغلالة الحشوي الخلفي

وقد بين (ثروفرت) أيضاً ان هذه المساكن تحتفظ في القطعة فوق
اللامي من العنق بوضعها العام مع حدوث بعض التحول فيها لتكامل
الاعضاء المجاورة لها واما في الطبقة القحفية فيقع بسبب التطورات التي
تطرأ على الصفاق العضلية بعض تحولات لها شأنها من حيث الانسكابات
الصديدية التي تجتمع فيها .

تتكامل في الصفاق الرقبى الظاهر الموجود في الطبقة القحفية
المضلات الماضغة فيكون لها في باطنه مسكن خاص بها ولكن الوريقة

الصفافية الباطنة هنا تمر في الطرف الانسي للمضلتين الماضغة والصدغية وترتكز في العالي على الخط المنحني الصدغي العلوي واما الارنكاز الامامي للوريقة الباطنة فعلى الجنيح الانسي للثاني الجناحي وعلى محجته وارنكاز الوريقة الظاهرة في العالي على حذبة عظم الفك الاعلى وفي الاسفل على الرباط الجناحي الفكي اذن تمتد هذه الوريقة حداً فاصلاً بين مسكن العضلات الماضغة والناحية الخدية .

ومها يكن فان (ثروفت) يعد في الناحية التفحفية حول الميزابة البلعومية ثلاثة مساكن مختلفة ينفصل احدها عن الاخر تمام الانفصال وهي :

المسكن الحشوي الذي نجد جانبيه الصفائح الوعائية الشريانية والوريدية السباتية ونقسمه الصفيحة البلعومية مسكنين تالين احدهما الخلاء خلف البلعوم وفي قسمه العلوي عقدتا (جيلت) البلغميتان والرباط القفوي الفهقي البلعومي (ليونسقو) والآخر الخلاء الجانبي للبلعوم ويعرف ايضاً بـ (الخلاء تحت اللوزة والبوق) ويتألف سقفه من بوق (استاكيوس) ويتصل اسفله بالمسكن الحشوي الرقيبي .

والثاني مسكن الجهاز الماضع الكائن في باطن الصفاق الرقيبي الظاهر واما المسكن الثالث فيتألف من النهاية العلوية للمسكن القدي الرقيبي . وينفصل كل من هذه المساكن الثلاثة عن اخيه المجاور بصفاق وعائية رقيقة دماغية توقف الاوعية العظمية على محيط المجموع الذي قد يظهر في احد المساكن المذكورة .

فيتين من ذلك ان التقيحات التي تقع حول الميزابة البلعومية نوعان الاول يظهر فيه التقيح ملامساً للميزابة البلعومية تمام الملامسة وواقعاً في المسكن الحشوي او يكون خلفياً او جانبياً وكلاهما يدفع جدران البلعوم والاوعية الموجودة فيها نحو الطبقات الظاهرة ويساعد الجراح على الوصول اليهما عن طريق جدران البلعوم نفسها .

واما النوع الاخر فهو التقيحات التي تقع خارج المسكن الحشوي فتستقر نارة في مسكن الجهاز الماضغ وطوراً في المسكن العقدي ولما كانت التقيحات الماضغة محاذية لمضيق الخلقوم فانها تمتد حيثئذ متى تكاملت الى الامام نحو قاع الفم وتكون بعيدة عن البلعوم لابل قد تبرز التقيحات التي تستولي على المجموعة العلوية من سلسلة العقد البلغمية الوداجية في البلعوم دافعة امامها ايضاً جدران المسكن الحشوي والاوعية وتقع دائماً تحت الطبقات الصفاقية الظاهرة . اما الآن وقد اتينا بهذه الصفحة التشريحية التي لم نر مندوحة عنها لفهم تقيحات ما حول البلعوم فسنبحث في الجزء القادم عن هذه التقيحات من الوجهة السريرية ان شاء الله .



تميز الحمى التيفية عن الشكل نظير التيفو

من داء المتحولات « amibiase »

للحكيم توابو استاذ في المعهد الطبي وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

قبض لنا الحظ في مؤتمر علم الصحة العام الذي عقد في غند (بلجيكا) ان نصف والحكيم لويس من بيروت الشكل نظير التيفو من داء المتحولات وهذا الداء كثير الحدوث في دمشق كما هي عليه الحمى التيفية وانا نرغب الآن في ذكر الصفات التي تميز احد المرضين عن الآخر .

يستخلص من المشاهدات العديدة التي جمعناها حتى الان عن النوع نظير التيفو من داء المتحولات المشهد السريري الآتي :

ان المرضى كانوا يرسلون الى المستشفى بعد ان يكون قد عاينهم اطباء مختلفون كصابين بالحمى التيفية او ما يشابهها من الامراض : سوء هضم او تعفن معوي . وان حرارتهم كانت تتراوح بين ٣٩-٤٠ وانهم كانوا يشكون وهنا عاماً وان معائنتهم كانت تدل على كثر اللسان وتعليل البطن وان القرقرة كانت موجودة في الحفرة الحرقية اليمنى وان الفائط كان سائلاً . فلا عجب اذا اخطأ الطبيب بعد ان يرى هذه الاعراض جميعها او اذا اتجهت افكاره الى الحمى التيفية غير ان عليه ان يذكر دائماً انه في بلده يكثر فيه الزحار وان هذا المرض يشابه الحمى التيفية في بعض اشكاله .

عليه ان يذكر ان المرضى الذين كانوا يصابون بهذه الاعراض كانوا ملقحين
باللقاح المضاد للحميات التيفية فلو كان المرض الذي اصابوا به من نوع الحمى
التيفية لكان يجب ان يكون شكلها خفيفاً والحرارة فيها قليلة الارتفاع
كما هي العادة في الحمى التيفية التي تصيب الملقحين باللقاح المضاد لها مع ان
حرارة هؤلاء المرضى كانت ٣٩-٤٠ ولكن التبريد بالمغاطس الباردة
التي عولج بها هؤلاء المرضى منذ بدء مرضهم كافياً لاسقاط حرارتهم مع
ان طريقة برند لم يظهر منها اقل فائدة . ولكن استنبات دم هؤلاء المرضى
مرات عديدة في اوقات مختلفة ايجابياً مع انه بقي سلبياً في جميعها ولكنها
الحرارة بعد وصولها الى الاسبوع الثالث لا تبقى كما في الاسبوعين الاولين
بين ٣٩-٤٠ وانما كانت بدأت بالسقوط . فكل هذا يدعو الى التفكير في
شيء آخر غير الحمى التيفية . ولو ان الطبيب كان من شاهدوا هذا النوع
النظير التيفو لكان اجتب هذا الخطأ دون ان يترك مريضه اسبوعين ملتبهاً
بهذه الحمى الشديدة ، لو انه استجوب مريضه استجواباً حسناً لكان افاد انه
اصيب سابقاً بالزحار او على الاقل باسهال قبل ان ترتفع حرارته ، او انه كان
مصاباً باسهال مزمن تصحبه مواد مخاطية وكثيراً ما لا يعبأ المريض بهذا
العرض . ان هذه المعلومات كافية لكي توجه افكار الطبيب الى المتحولات
وتدعوه الى تحريها . ولنفرض ان معاينات متتابعة اجريت على المواد
الغائطة وان المتحولات لم تبدُ فيها بل ان المريض بعد ان اتبع اتباعاً
دقيقاً لم تظهر على جسده اللطخات الوردية ولم يعرف في بدء مرضه
وان فقر دمه كان شديداً يدل عليه شحوب المتحات والجلد ونقص عدد

الكريات الحمراء نقصاً شديداً الامر القليل الوقوع في الحى التيفية الامتى
جاءت الانزفة المعوية ضعفاً عليها فاقدت المريض قسماً كبيراً من دمه .
وان هذه الانزفة المعوية لم تطرأ على المريض . اذن لكان التفكير في
داء المتحولات واجباً ولكانت المعالجة التجريبية بالامتين جائزة لابل واجبة
ولو لم يؤيد المخبر هذا الظن .

اذن تمهيز الشكل نظير التيفو من داء المتحولات عن الحى التيفية ممكن
كل الامكان . ومعالجته معالجة نوعية متى شك فيه واجبة .
تميز اذن هذا الشكل نظير التيفو متى وجدنا مريضاً مصاباً بحالة تيفية
وكان قد اصيب بسوسخى زحارية او باسهال تصحبه مواد مخاطية او مدمية
ولم يكن قد صحب هذه الحالة التيفية رعاف ولا لطخات وردية وكانت
الحى لانسقط بالتبريد وكان استنبات الدم سلبياً وكان فقر الدم شديداً
كما هو الحال في الزحار المزمن . فتتحرى حينئذ المتحولات او ايكياسهاني
الغائط فاذا وجدت يكون التشخيص قد تحقق واذا لم توجد حق للطبيب
ان يجرب المعالجة النوعية التي تشفى مريضه وتحقق التشخيص الذي
لم يحققه المخبر .



انسداد الامعاء (١)

للحكيم لومر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان المريض الذي ترونه في السرير السابع من قاعة ابي القاسم سيفي
مستشفانا العام قد اجريت له عمليّة جراحية سرّيفة لانسداد امعائه
فقد جاء المستشفى بعد ان قضى في الخارج ستة ايام لم يتغيّط في الثناهما
ولم يدفع غازاً من شرجه وكانت الاقياء تتابيه ولا تزال حتى الآن . ولم يكن
يشكو الماء حاداً معويّاً وكان يشي بعناء وتظهر عليه ازمة (ضيق نفس) شديدة
وكان بطنه متطبلاًّ تطبلاًّ كبيراً وعلى جلده اثار جر حين قد يمين احدهما
اجري في المستشفى الايطالي في دمشق في الحفرة الحرقية اليمنى ولم
نعلم سبب اجرائه لان المريض يجهل هذا السبب والثاني واقع على الخط
النصفي تحت السرة وفوقها اجري في مستشفانا لترميم جدار بطنه لان
المريض كان مصاباً بالخروج الاحشاء (eventration) ولم تكن ترى حر كات
العرى المعوية من خلال جدار البطن ولم يكن بطنه مؤملاً حين الجس
واثماً كان كما ذكرنا متطبلاًّ وليناً . وكانت الاقسام السفلى من بطنه واضحة
(sonores) حين القرع وكان نبضه صغيراً وحرارته طبيعية . وكان
من شرجه سليماً . وافاد المريض حين استجوابه انه كان قد اصاب بنوبتين

او ثلاث نوب شبيهة بهذه وانها زالت بعد يوم او يومين واما هذه فلم تنته وهذا ما يحملنا على الظن بان ما اصابه لم يكن الا انسداد امعاء وانه متبع سيره حتى الآن واعلمه ناشئ من التصاقات لان ندب العمليات الجراحية تدعونا الى الافتكار بها . وقد اغتنمت هذه الفرصة لمحدثكم عن هذا الداء .

ما هو انسداد الامعاء ؟ وكيف يعالج ؟

ان هاتين النقطتين اجعلهما موضوعا لكلامي الآن بعد ان اوردت لكم باختصار مشاهدة هذا المريض الذي اضفنا مشاهدته الى مشاهدات المرضى الآخرين الذين كانوا يأتوننا مصابين بما هو مصاب به غير انني اقول متأسفاً انهم لا يأتوننا الا بعد ان يكون دمهم قد تسم تسمماً شديداً .

انسداد الامعاء هو حالة مرضية متصفة بوقوف مجرى المواد الغائطة والغازات وقوفاً تاماً او ناقصاً فجائياً او تدر يمجياً في الامعاء الدقيقة والغليظة . هو مرض متصف باعراض مبكرة بعضها دال على وقوف مجرى الغائط والغاز والبعض الآخر على تأذي الحالة العامة تأذياً شديداً وسريعاً .

فمن اعراضه الالم الذي قد يكون شديداً وكائناً حول السرة او في الناحية القطنية تصحبه بعض العوارض الانعكاسية في البدن كالقيء الغدائي اذا كان المريض قد تناول طعاماً او الصفراوي او المخاطي اذا كانت معدته فارغة وكالتغوط الذي سببه تنبص العصب التائه الذي ادى الى الانسداد وكالزلة وابطاء النبض اما الاعراض الموضعية فهي القمعي الدال على توسع العرى السكائبة فوق العائق وحركة زحف

هذه العرى حسب الاتجاه نفسه .

هذا عدا اعراض التسمم العام الشديد .

السير : يسير هذا المرض بثلاثة ادوار :

دور الاعراض الموضعية .

دور تهيج به الاعراض بعض المجرع

دور يكون به التسمم شديداً فيفضي الى الموت

اما عوارض الزمن الاول فهي عوارض انعكاسية المنشأ دالة على دفاع

المعى ازاء العائق ثم توقفه عن الدفاع بعد ان يرى نفسه عاجزاً

ولهذا نرى ان وهن الامعاء واجتماع المواد الفائضة وسوائل المفرزات

والغازات في النقطة الواقعة فوق الانسداد والتطبل الناشئ من الشلل كل

هذا يعقب الزمن الذي كانت الامعاء تتقلص به تقلصاً عنيفاً . وتفقد

الامعاء في تلك الاقسام خاصتها الكتيمية (Imperméabilité) فقدأ

سريعاً فتتغذ فيها الاجزاء السامة وتسمم العضوية .

واما في زمن المجرع الخادع : فيخيل ان الحالة قد تحسنت لان الامعاء

تلقي سلاحها رافضة العراك ولان العوارض الانعكاسية والاعراض

المؤلمة تهيج . غير ان الامتصاص لا يلبث ان يتم لان آفات الغشاء المخاطي

تسهل على المواد السامة المرور في الاوعية او لان عودتها الى الاقسام العليا

من الامعاء الواقعة فوق الانسداد والمقاربة بامتصاصها لامتصاص الامعاء

السليمة تهون عليها ذلك . فتبدو حينئذ علامات التسمم فتشوش وظيفتا

الكلى والكبد و يتبدل التوتر الدموي ويدخل المرض حينئذ الدور الاخير

دور التسمم : يمتاز بعوارض فاجعة فتعود الاقياء الى الظهور وتسمم البصلة فتظهر عوارض تنبه العصب التائه : القيء ، القولنج ، العرق البارد تشوش نظم (arythmie) القلب تشوشات الدوران والتنفس وانخ ومهما تكن الالية فان الموت سيقع وسببه التسمم الشديد .

التهاب البريطون : هو أكثر العراقل ^(١) (complications) حدوثاً في انسداد الامعاء تضاف ذيفانات الجرثام الحديثة له الى الذيفانات الناجمة من الامعاء فتصدم العضوية التي عاها الانسداد صدمة عنيفة . ولا يلبث الموت ان يختم هذا المشهد الرابع سواء اطرأ اثناء العملية ام بعدها لان نزع العائق لا يكفي لنجاة المريض وكيف يكفي ومرور محتوى الامعاء السام الموجود في قطعة من الامعاء قليلة الامتصاص الى قطعة جديدة لا يزال امتصاصها طبيعياً يزيد في الطين بلة فيسقم المريض تسمماً شديداً سر يعا ويصرعه . ويضاف الى هذا التسمم الذاتي التسمم بالمادة المخدرة هذا هو المشهد الذي يمثله انسداد الامعاء فعليكم ان تضعوا تشخيصه سر يعا لكي تعجلوا في مداواته .

التشخيص المميز : بماذا يلتبس هذا الداء ؟

ان التهاب البريطون يلتبس بالانسداد لانه آفة بطنية مؤلمة حادة السير يصحبها توقف المواد الغائطة والغازات واقياء غذائية فخاطبة

^(١) العراقل جُ عرقله ترجمة (Complications) وردت في كتب الطب القديمة وهي افضل من الاختلاط والاشتراك والاضغاث وقد نبه الى هذه الكلمة العلامة الاب انستاس ماري الكرمل .

فصفراوية وتطبل .

يقال لكم في تمييز احد المرضين عن الآخر: أ— ان في التهاب البريطون انصباباً في البطن وان هناك خرساً (matité) متحرراً واقعاً في الاسفل فتذكروا ان بعض انسدادات الامعاء قد يصحبها حبن .

٢— يقال لكم ان جدار البطن يتقلص تقلصاً دفاعياً وانه مثقف (١) في التهاب البريطون . بيد انه اين في انسداد الامعاء ومتوسع توسعاً انفعالياً فتذكروا ان الدفاع الجداري قد يشاهد في بدء الانسداد .

٣— يقال لكم ان الحى تصحب التهاب البريطون الحاد وهي قد تصحب انسداد الامعاء ايضاً وقد لا تصحب بعض التهابات البريطون الحادة فيستنتج مما تقدم انه ما من علامة من علامات الانسداد الاساسية كافية في البدء للدلالة على المرض اذا عدت وحدها وجردت عن العلامات الاخرى المصاحبة لها . لأن التهاب المعشكلة (البنكرياس) الحاد والقولنجين السكوي او الصفراوي وعوارض الحمل خارج الرحم وانفتال كيس المبيض وبعض هجمات التهاب الملحقات الحادة والتهابات البريطون الناجمة من التهاب المرارة والجاري الصفراوية أو من التهاب الزائدة ونوب السهام (tabès) المعدية نفسها تشابه الانسداد .

فما هي اذن العلامات المثبتة للمرض ؟

ان توقف المواد الغذائية والغازات لا يعد علامة ايكيدة الا اذا استمر فلا يجوز اتخاذه كعلامة مثبتة للمرض .

(١) التقيح ترجمة (contracture) وهي من وضع العلامة الكر ملي

والقي الغائطي الشكل علامة متأخرة أيضاً لا يجوز انتظارها اذا كنا لانرغب في اجراء عملية لشخص محتضر .

اما العلامات الموضعية فتكفي متى دعي الطبيب منذ البدء وشاهدها لاثبات التشخيص والاسراع في المعالجة الجراحية . وكلما بكر في التشخيص والمعالجة كان الانذار حسناً . فالنقلات الاستدارية الموضعية وتوسع الغرورة المعوية الواقعة فوق المائتي او علامة فون واهل لها الاهمية العظمى في التشخيص .

التشخيص الاشعاعي : قد اشار البعض بالاستناد اليه غير انه لا يعد مستنداً ثابتاً . فمتى التهاب البريطون وكان التهابه ناجماً من انتهاب الامعاء نعذر هذا الفحص غيران المعاينة الاشعاعية او الرسم الاشعاعي بدون تحضير سابق اي بدون اعطاء الباريت قد يرشد الى مقر الانسداد .

وصفوة القول ان التشخيص صعب للغاية ومهما يكن الامر ، التهاب البريطون او انسداد الامعاء ، يجب اجراء العملية الجراحية والتعجيل في اجرائها . واذا بقي الشك موجوداً كان فتح البطن الانقصابي خيراً من الامتناع عنه لأن فتح البطن اذا لم يكن فيه ما يدعوا الى العملية افضل من الامتناع عنه اذا كان في الامعاء انسداد مجهول .

ومتى ثبت الانسداد يجب التساؤل عما اذا كان داخلياً او خارجياً فتنشأ عن الفتق المحتنق ولا تنسوا فتح الخط الابيض ومتى نفتم الفتق كان عليكم ان تعينوا مقر الانسداد .

يقال لكم : ان انسداد الامعاء الدقيقة يتاز عن انسداد الامعاء الغليظة بشدة التقلصات الاستدارية اي بالعلامات الموضعية وان انسداد الامعاء الغليظة بعائق واقع بعد الزاوية الكبدية يكاد يصحبه دائماً توسع الاعور . فلا تعتمدوا كثيراً على هذه العلامات .

لا انكر ان اصعب الانسدادات تشخيصاً الانسدادات الواقعة - في القسم الاول من المعى الدقيق وسبب الصعوبة مشابهة هذه الآفة لكثير من الآفات الاخرى فان الاقياء في التهابات السحايا او تنبها وفي بعض الحالات العصبية وبعض اشكال نسم الدم بالبوله وبعض التسميات وبعض نوب المعدة تشابه الانسداد وتؤدي الحالة العامة اذى شديداً .

ولا يبلى تشخيص السبب ايضاً في اكثر الاوقات الا بعد فتح البطن . ومع ذلك فعليكم ان تعلموا ان الاسباب تقسم ثلاث فئات آ - الآفات الواقعة خارج الامعاء وتكون خارج جدار البطن .

٢ - الآفات الواقعة في الامعاء وتكون في البطن

٣ - تشوش وظيفة جدر الامعاء وآفاتهما .

وان التعليمات التالية ترشدكم بعض الارشاد .

متى كان المصاب طفلاً : وكان تعوطه مدماً والورم مشعوراً به باللمس الشرجي او سهل المتال به كان الامر انفلالاً (١) .

متى كان المريض قد اصاب في ماضي حياته بحالة بريطونية وكان بدء

انسداده فجائياً وسيره سريعاً كان مقرر الانسداد في المعى الدقيق وكانت اللجج مبهمة متى كانت المرأة كهلة او شيخخة وكانت قد اصببت بنوب رمل صغراوي

كانت الحصاة الصفراوية سبب الانسداد

متى كان المريض رجلاً مسناً وكانت قد اعثرته علامات ضيق سابقة وتشوشات في المستقيم والسین الحرقفي مصحوبة او غير مصحوبة بتغوط مدم كان السرطان السبب

متى كان المريض كهلاً او شيخخاً وكان في البطن جسم جسم غير متناظر كان انفثال المعى (volvulus) السبب اما الانغلال فيستقر غالباً في الاعور .

واماً اللجج فتستقر في جميع اقسام الامعاء الدقيقة

واماً الحصاة الصفراوية فتقف عادة في القسم النهائي من الصائم في النقطة التي تصعد بها العروة من الحوض نحو الاعور .

واماً السرطان فاکثر مقره في الامعاء الغليظة

واماً انفثال المعى فاکثر وقوعه في الكولون الحوضي .

واذا شئتم تعليمات ادق مما ذكرت لوضع التشخيص قلت :

ان انفلال الامعاء اختناقاً يتصف بتطبل منحصر في قسم من الامعاء

ولا تصحبه تقلصات استدارية شديدة في ذلك القسم .

وانفلال الامعاء انسداداً يكون التطبل فيه مستقراً في قسم من الامعاء

والنقلصات الاستدارية شديدة للغاية والنقلصات الاستدارية المضادة متقطعة

وانفلال الامعاء شللاً يتصف بتوسع شديد لا تصحبه علامات

تقلصات استدارية كبيرة .

اما الانذار فوخيم لأن الوفيات لا تقل بعد العمليات عن ٥٠-٦٠٪
وان التبكير في المعالجة الجراحية هو الشرط الاساسي في حسن الانذار .
واننا نقول والاسف ملّ قلوبنا ان مرضانا لا يصلون اليها الا بعد ان يكونوا
قد اضاعوا الوقت في المعالجة لدوائية التي لا طائل تحتها وانهم يأتوننا بعد
خيبة تلك المعالجة .

ويتبدل الانذار باختلاف العمر ومثانة جسد المريض وباختلاف
مقر الانسداد فان السفلي منه اقل وخامة من العالي .

ويختلف الانذار ايضاً بتنوع الطريقة التي استعملت في المعالجة .
فقد ثبت ان الانسداد الآلي لا ينجع فيه غير المعالجة الجراحية وان حسن
النتيجة متعلق بالتعجيل في اجرائها . واما الانسداد الوظيفي فلا تفيد فيه
المعالجة الجراحية اكثر مما تفيد المعالجة الدوائية . بل قد تكون فائدتها اقل
من تلك واما متى شك في تشخيص السبب فالعملية الجراحية واجبة للاستقصاء
على ان يكر فيها . فتحسين الانذار يتعلق اذن بالمعالجة الجراحية . ونقوم
المعالجة الفضلى بازالة العائق واعادة المواد الغائطة والغازات الى مجراها
الطبيعي غير ان هذا الامر يصعب تحقيقه في جميع الحالات ولا سيما في زمن
واحد . فقد اثبت الاختبار انه متى كان العائق مسبباً من سرطان واقع في
الامعاء الغليظة ومضيق لها كان استئصاله دفعة واحدة املاً باعادة مجرى
الغائط الى ما كان عليه خطراً للغاية . وخير ما يصنع تمويل الجري باليجاد
شرح اصطناعي فوق النقطة المتضيقة . ومتى خف الالتهاب في المي المبلى

بالسرطان وزالت اعراض الانسداد حاول الجراح استئصال الورم .
وقد يكون تحويل المجرى الى الخارج خطراً على المريض متى كان
العائق في الامعاء الدقيقة لأن التغذية لنقص نقصاً سرعاً بقلة الامتصاص
ويصاب المريض بالذنف ويموت . وخير ما يصنع ان يحول المجرى بمفاغرة
العروة الواقعة فوق الانسداد بالعروة الواقعة تحتها .

ومن الحالات ما يستدعي ازالة سبب الانسداد بدون تأخير لأن
العائق اذا بقي موجوداً افضى الى عوارض موات فتفتقر جدار المعى وانقب
وكان منه التهاب البريطون القتال التالي (كما في الانسداد الناجم من لجام
مشدود او من فتق كائن خلف البريطون او من انقباض المعى او انقلابه او
من جسم اجنبي) .

ومن الحالات ما يستدعي فتح شرج اصطناعي في العروة التي تبرز
امام الجراح مع ما في ايجاد ذلك الشرج ما فيه من الاخطار والمحاذير .

تختلف اذن المعالجة الجراحية باختلاف الحالات حتى انه يستحيل
على الجراح ان يضع قاعدة مطردة يتمشى عليها . غير ان الجراحين رغوا
في مقابلة فتح البطن بالشرح الاصطناعي فقالوا .

يفضل فتح العروة أ — لأنه متى كان الانسداد المعوي سائراً سيره وكن
سببه مجهولاً وكانت معرفة مقره مستحيلة كان خير ما يصنع فتح العروة تخليصاً
لحياة المريض .

٢ — لأن هذه العملية سهلة يستطيع اجراؤها بالتخدير الموضعي
مهما كانت حالة المريض .

٣ - لأنه متى فتح المعى خرجت منه في الحال المواد السامة وزال خطر امتصاص السموم الموجودة فيه .

يستنكر فتح العروة آ- لأن هذه العملية تجرى دون ان يرى الجراح ما يصنع لا ينكر ان جراحي اليوم يوسعون الشق اكثر من القدماء غير انهم كثيراً ما يهملون الآفة الاساسية ويفتحون قربها .

٢ - اذا كانت العروة قد اصببت بالموات كان من فتحها خطر عظيم محقق لأن الفتح لا يزيل السبب بل تبقى الآفة سائرة سيرها فتؤدي الى الغنغرينا فالانثاق فالتهاب البريطون المميت فيكون المريض قد نجا من تسمم الدم ومات بالتهاب البريطون .

٣ - اذا فتح انشرج في المعى الدقيق كان منه خطر على الحياة لأن امتصاص المواد الغذائية ينقص نقصاً كبيراً فيهزل المريض هزالاً شديداً و يعلم معدل الوفيات حتى ٩٦٪ ويهضم عصير الامعاء دائماً العروة والجدار و تصعب الخياطة الثانوية .

يفضل فتح البطن: آ- لأنه يرى بنا سبب الانسداد ومقره .

٢ - لأنه يمكننا من ازالة سبب الانسداد .

٣ - لأنه يمكننا من معرفة الآفات التشريحية المهمة التي تستدعي قطع العروة كما في السرطان او في موات العروة الناتج من انضغاطها الطويل المدة يستنكر فتح البطن: آ- لأنه عملية مهمة تصادم المريض صدمة عنيفة .

٢ - لأن الامعاء تكون متوسعة توسعاً شديداً يعيد اجراء العملية

متذكراً .

لكل من الطريقتين حسنات وسيئات فان الشفاء ممكن تحقيقه في كليهما فلي الطبيب ان يحسن الاختيار وان يحل هذا اللغز .
يحل اللغز متى نظر الى السبب فاذا كان السبب مفضياً الى إمساك العروة كما في الاختناق كان فتح البطن مفضلاً واما اذا لم يكن منه موت العروة السريع كما في انسدادها فيلجأ اولاً الى خزع العروة واليكم الحالات التي تمثل اما مكتم في الغالب :

أ- متى اختنقت العروة وكانت الآفة تهددها كان بدء المرض عنيماً للغاية والآن لم شديداً بطعنة الخنجر والاعراض شديدة الوضوح والوهط (collapsus) واقعاً لاهماله . وكانت الاعراض الموضعية جلية : علامة فون واهل نعني بها توسع العروة الواقعة فوق العائق، شللها، وهن الجدار، بقاء البطن غير متحرك حين غمزها بالسبابة . واذا حرك المريض سمعت المجمععة (clapotage) فيجب حينئذ فتح البطن .

٢- اما في الانسداد فتختلف الاعراض عما تقدم يكون المريض قد اصاب ببعض نوب شبيهة بالنوبة الاخيرة مرت بعد بقائها يوماً او يومين اما هذه فلم تنته ويصل هؤلاء المرضى غالباً في اليوم الخامس او السادس من انسدادهم وعليهم مظهر الصحة الحسنة (مكيئة خادعة) المبين لتطبل بطنهم الشديد .

وتظهر على جدارهم التقلصات المعوية الاستدارية حتى ان نزع الغطاء او الغمز الخفيف بالاصبع يكفيان لاحداث القرقرة والاصوات الموسيقية فيفضل في هذه الحالة فتح العروة .

ان أخطر عرقلة في التطبل فتى كان البطن متطبلاً تطبلاً شديداً كان الاكتفاء بفتح العروة جائزاً لأن تشخيص السبب يعد مستحيلاً فإذا كانت الآفة ناجمة من انسداد (obturation) نجا المريض وأما اذا كانت ناشئة من اختناق هلك المريض سواء افتحت العروة وفتح البطن ومن الطرق الحديثة المستعملة في المماالجة التخدير القطني الذي كان موضوع حوار شديد هذه السنة في جمعية الجراحة فقد لاحظ بعض الجراحين ان المريض بعد التخدير القطني يتغوط غير انهم لم يتوصلوا الى تعليل السبب ولعل حذف نهي النخاع الشوكي والقائه فعل العصب اليبانة يؤديان الى هذه النتيجة . فقد تناول الاحصاء الذي جرى البحث فيه ٤٠٠ مشاهدة انسداد امعاء عولجت بالتخدير القطني فكان الشفاء فيها معادلاً لـ ٦٨٪ في الانسداد الحركي (dynamique) ولـ ١٦٪ في الانسداد الآلي . وقد استنتج بطرس دوفال الذي عهد اليه بوضع هذا التقرير :

يجوز ان يخدر المريض المصاب بالانسداد تخديراً قطنياً الا اذا كان فيه ما يمنع ذلك (نعني متى كانت منهكاً أو مسماً أو كان توثر دمه متناقصاً) فإذا لم تحصل الغاية المطلوبة ولم يتغوط المريض كانت العملية الجراحية واجبة وإذا تغوط لم يكن تغوطه كافياً للامتناع عن اجراء العملية بل كان من الحكمة فتح بطنه للاستقصاء في السبب فالعملية اذن واجبة في كلتا الحالتين ففتح البطن هو الطريقة المفضلة وخزاع الامعاء هو طريقة الاضطرار ومهما يكن فان التعجيل في العملية لا يزال الشرط الاساسي .

لبس التخدير القطني في المريض الذي تتكلم عنه جائزاً (عمره ٧٠

سنة، مسم، ضعيف القوى، وربما كان توتره متناقصاً) ولا فتح بطنه جائزاً ايضاً لأن الخوف من تسمم الدم حين نزع العائق ومرو محتويات الامعاء السامة في الامعاء السليمة شديد للغاية كيف لا وهو في اليوم السادس من انسدادده ولأن الصدمة الجراحية عنيفة ولأن تطالبه شديد، واما خزع العروة فمفضل وقد اجرينا هذه العملية بالتخدير الموضعي بالكوكاين فخرعنا عروة من المي الدقيق متوسعة كثيراً ومغشاة بغشاء ضارب الى الازرق والامر الدال على التهاب البريطون اللاصق والتهاب المسار يعا الانقباضي وقد وضعنا في العروة انبوب بولس الدقيق لتتحاشى به هضم عصير الامعاء للجدار ووصلنا هذا الانبوب بانبوب مطاط غمسناه في وعاء . فكان البطن في اليوم الثاني مسطحاً والمريض باسماء . وقد مر عدد من الجليل (ascarides) بانبوب الزجاج الامر الذي كان متعذراً حدوثه لو كان المسبار مطاطاً ولعل لهذه الديدان بعض الاشتراك في سبب الانسداد . ومهما يكن فاننا قد لجأنا الى اخصر طريقة لتخليص المريض . وسنجري له بعد حين عملية ثانية نقطع بها العروة التي خزناها ونعيد مجرى الفاظ الى حالته الطبيعية ونزرع العائق اذا كان نزرعه ممكناً .

النتيجة : للتشخيص اهمية كبيرة فاذا بكر في وضع التشخيص فتح البطن وهو العملية الفضلى والا خزعت العروة متى كانت الحادثة قديمة ووضع انبوب بولس ومسبار ريثما تنفرغ المواد السامة ومتى تحسنت الحالة العامة بعد يومين او ثلاثة ايام يفتح البطن لنزع العائق .

مقتضبات عن جرائد الغرب الطبية ومجلاته

للحكيم شوكة موفق الشطي احدا سائذة المعهد الطبي بدمشق

المتحولات الزحارية (أميب) والقروح الجلدية (نيكسيه، فافر، مورناس

و ببتورو (Tixier Favre Morenas et Peptorand): يعتقد السريريون ان

آفات الجلد المتحولية نادرة جداً وقد ذكر بعضهم قروحاً واسعة في البطن ناجمة من انقراغ قبيح خراج كبذ زحاري في جدار البطن . وشاهد احدهم مريضاً مصاباً بزحار مزمن اعترته أيضاً آفة حول الشرج عصبت المداواة الطبية والجراحية ست سنوات ففحص قبيح القرحة فوجدت فيه كمية وافرة من المتحولات الزحارية فداوى مريضه بالامتين فشفي بعد بضعة ايام اما تشخيص القروح الزحارية فصعب جداً ان لم يلجأ الى الفحص المجهرى وليست هذه الآفات الجلدية نادرة كما يظن بل هي كثيرة لذلك يجب ان يتحرى العامل المسبب للقروح الجلد ويسعى وراء مداواتها

مداواة التهابات الور يد با علاق العلق

أ . هام (A.Hammi) و (أ شوارتز (A.Schwartz) يفعل العلق بالعلقين (hirudine) وهو آحوز تال (deutéroalbumose) يقاوم المادة المضادة للتخثر (antithrombine) . يعمل العلقين على افراغ البلغم وقد كشف خاصته هذه (هايدنهين ولودو (Heidenhain, Ledoux) فمرفا انه ينشط عمل الكريات البيضاء في البلعمة وهذا مادعا بوسك (Bosc)

ودولازن (Délézenne) الى الاعتماد بان اعلاق العلق يضاد الانتان
ويفيد في التهابات الوريد . اما انتقال العوامل الجرثومية بعضة العلق فلم
يعد مسلماً به لانه ثبت ان العلق الذي لوث اصطناعياً لا ينقل الجرثوم
بعضته الا بصعوبة فائقة .

وقد ابان هام (Hamm) ان التهاب الوريد يقع ضعفاً على الموضوع
(opéré) بنسبة ١ - ٢٪ وبنسبة ١٥ - ٢٪ في النوافس وبلغ عدد
الذين يموتون بالصم ١٣ - ١٦٩٪ من الموضوعين . استعمل تاريخه
(Terrier) اعلاق العلق لخفض هذه النسبة فنجح ومنذ ذلك الحين
اخذ البعض يتقصون في فوائد العلق نقصاً بعيداً . وقد رأى ترميه ان
الخثور ينقص او يشفى باعلاق اربع علقات . وينصح هام ان يزداد هذا
المقدار في النفساوات الى ٨ علقات وان يكرر في اليومين مرة . ويقول
وجوب اعلاق العلق ست مرات ٥ - ٨ علقات في كل ٢٤ - ٤٨ ساعة
ولم ير لهذه الطريقة ادنى محذور بل تحقق ان الآلام كانت تخف وان
الكرات البيضاء كانت تنشط .

و يفيد العلقين (hirudine) في ايقاف سير الخثرة فيزيل خطر الصم ويمتد
ترميه انه يعمل على حل الخثرة ايضاً . وللعلقين فائدة في التهابات الاوردة
المزمنة . ان هذه التحريات الحديثة تثبت ان الاطباء العرب كانوا على
صواب في اعلاق العلق والاكثر منه فهو سلاح قاطع يجب ان يلجأ اليه
متى قصت الحاجة .

حمى البطائح (Fièvre des marais)

ورنر (O. Werner) هي حمى تقع في البلدان المغمورة في الماء كالاراضي المجاورة للبحيرات وقد شاهدها ورنر في جهات الاودر وصادفها آخر في البافيار (Bavière) وسيليزية وقد رغبتا ان ندوج ما استنتجه ورنر من درس ١٠٠ حادثة لان هذا المرض كثير الوقوع في بلادنا ونجهل تشخيصه لالتباسه بامراض اخرى فتفك فينا ايضاً كالنزلة الوافدة والفضنك يصيب المرض الاحداث ١٤-٢٥ سنة ٠ ومدة حضائته بين ١٢ ساعة الى ١٠-١٥ يوماً وحدها الاوسط ١-٧ ايام ٠ تبدو اولاً بتعب ثم بالآلام رأسية شديدة تفاجئ المريض في اثناء عمله وترتفع الحرارة ارتفاعاً سريعاً ويعتري المريض توعك وقه وعرواء قصيرة المدة ويصاب بعد مدة وجيزة بدوار وآلام عضلية وخزرة (rachialgie) وآلام بطنية وافياء وغثيان ٠ ويرى حين معاينة المريض ان ملتحمته ملتهبة ووجهه احمر محتمل فيه حلاء^(١) اما اللسان فكثن (saburrale) يغشيه طلاء اسمر كثيف الا في حوافه التي تبقى سليمة على بعد بضعة ملمترات وييدي الفحص ان الرئة والقلب طبيعيان وان في البطن بعض التنفع والالم ولا سيما في الناحية الحرقفة الاعورية وان الطحال ضخم بعض التضخمة وان البول آحيني وفيه صفراوين البول (اوروبيلين) ولم يعرف بعد لهذا المرض جرثوم مسبب ويظهر من فحص الدم ان الصيغة ثابتة تقريباً فالكريات الحمراء طبيعية وقد تقل الكريات البيضاء في بادئ الامر وتكثر الايوزينيات

(١) الحلاء هي العقابيل او بثور الشفة بعد الحمى (herpès)

ووحيدات النواة الكبيرة وتقل البلغميات وتظهر خلايا المصورة (plasmazellen) وينخفض فيه التوتر الشرياني وينقص زمن النزف والتخثر دون ان يصاحب ذلك تبدل في عدد الصفيحات . تبلغ الحمى ٤٠ وتستمر على هذه الحالة مدة ٥-٧ ايام يعرق المريض في اثنائها عرقاً غزيراً و يعلو بعض نواحي جسده نقاط (exanthème) وتنخفض الحرارة في اليوم السادس ويطي* النبض وتهجع الاعراض الوظيفية والعامية قبل سقوطها بيومين و يعود تفاعل الكظر ين ايجابياً بعد سقوط الحمى مع انه لم يكن يرفع التوتر الدموي حين اشتداد المرض الا قليلاً . ويزداد في الوقت نفسه عدد الكريات البيضاء ولا سيما الايوزينيات ووحيدات النواة الكبيرة والمتوسطة .

ولا بطراً على المريض ضعف في دور النتحه بل يستمر التعب وقد ينكس المرض نكساً خفيفاً فتترفع الحرارة وتعود الاعراض الى الظهور مدة يومين الى اربعة ايام .

وقد صادف المؤلف حادثتين تعرفلتا بعراقيل^(١) روحية وثلاث حوادث طراً فيها على المريض عراقيل بصرية

اما الاسباب فيحيط بها الغموض والابهام واما الانذار فحسن جداً
المداداة : عرضية تقوم بوصف ادوية مسكنة للالام الرأسية ومضادة للحرارة وباعطاء الكظر ين لرفع التوتر الشرياني .

العراقيل (Complications) وهي من وضع الاب العلامة انستاس . اري الكرملي

حول استعمال الكاسيوم في امراض النساء

ن . ف . برسكين (N.F.Bereskine) : استعمل كول (Kœwel) الكاسيوم في عسرات الطمث التي لم يبد لها سبب تشريحي ظاهر فافادت واستعمل فكت (Fekete) هذا العلاج في التهاب الملتحقات الحادة فكانت النتائج حسنة أيضاً .

عالمج ب ١٣٢٠ مريضة مصابة بأفات تناسلية متنوعة فرأى ان فكت بحق يمدح الكاسيوم في امراض النساء

يستعمل من كلورور الكاسيوم محلول عشري فيحقن باطن الوريد في اليومين مرة بـ ٥ - ١٠ سم مكعبة من المحلول المذكور . ويجسن الا تحقن المازلات باكثر من خمسة سم^٣ . وليس لهذا العلاج ادنى محذور وقد ينجم منه نادراً ارتشاح خفيف تحت الجلد .

يفيد الكاسيوم في مداواة التهابات الملتحقات الحادة وتحت الحادة المصحوبة بالآلام شديدة وارتفاع في الحرارة وارتشاح فيما حول الرحم وانزفة الرحم العاصية .

يلاحظ بعد استعمال حقنتين تحسن مهم في حالة المريضة العامة ويبدو ذلك بنقص الألم وهبوط الحرارة وخفة النزف ونضوب القترات وليست النتائج في الحالات المزمنة حسنة الا في عسرة الطمث غير المصحوبة بأفات مرضية في باطن الرحم .

ولم يبد لهذا العلاج فائدة في التهابات الرحم وعسرات الطمث والطمث النزفي المصاحبة لآفات مرضية ولا في ضمور المبيض وطفولة الرحم

مداواة الصرع بحقن الدم الدائى

متلين (M.Mitline) و بسودنيا كوفال (D.Bsodniakova) : هذه الطريقة سهلة وتأتى بها حسنة هجعت بها الاعراض في بعض المرضى وزالت في البعض الآخر .

طريقة المداواة يبدأ أولاً بإبزل الوريد واخذ ٥ - ١٠ سم ٣ منه وحقن العضلات بها . ويجب ان تكرر هذه الحقن مرة في الاسبوع مدة ٧ شهور ويجوز ان يزداد المقدار تدريجياً حتى ٢٠ سم ٣

نفيد هذه المداواة المصروعين الفتيان الفائدة العظمى منها تكررت عدد نوبهم واما المصروعون الذين مر زمن طويل على اصابتهم فلم يستفيدون لطرو تغيرات تشريحية على الدماغ ولذا ينصح م . ب باستعمال هذه الطريقة في اشكال المرض البدئية .

علاقة بعض الغدد الداخلية الافراغ في احداث تصلب الشرياني

س . شاپيرو (S.Shapiro) : ثبت اليوم ان آفات التصلب تبدأ في قميص الشريان الباطن وتتألف من ادخار الشحوم المعتدلة (lipoides) وشحم الصفراء (الكولسترين) في طبقة هذه البطانة العميقة فتكشف ثم تظاهر خلايا كبيرة لا انتظام لها تحيط بقسم من هذه المذخرات . ويتألف الورم المعصود من اجتماع العناصر المذكورة : المذخرات الشحمية والخلايا الاسفنجية وتكشف البطانة الداخلية . تنشق فيما بعد الالياف المرنة وتنبثق فينشط النسيج الضام وتكثر الخلايا المصورات لليف ثم تنحل اثرات الكولسترين فتتحرر الحوامض الشحمية وتصبغ فينجم من ذلك تكون

اصبنة كلسية ترسب في طبقات البطانة الداخلية العميقة . وينجم اذخار الكولسترين في بطانة الاوعية الباطنة من ازدياد كمية الكولسترين في الدم ازدياداً مستمراً واضطراب تطوره ورسوبه

وقد شك في وجود علاقة بين آفات تصلب الشرايين وبعض الغدد الداخلية الافراغ الا ان ذلك لم يتعد حدود الظن والتخمين الى ان قام س . باجرا . بعض تجارب اضاءت هذه القضية . أعطى بعض الارانب مادة غنية بالكولسترين ٤ غرامات لانولين (lanoline) منحلّة في ١٢ سم^٣ زيت القطن وقتل الارانب المذكورة بعد ١١٠ ايام فرأى انها اصببت كلها بورم الشريان المصمود (athérome)

وقد جرب الطريقة نفسها في ارانب اخرى بعد ان استأصل منها الغدة الدرقية والطحال والكظرين والخصبين فرأى ان استئصال هذه الغدد الداخلية الافراغ ولا سيما الغدة الدرقية يزيد الكولسترين في الدم ويسهل تصلب الشرايين . وقد رأى ان الحيوانات التي حرمت ثلاثة ارباع كظورها لم يقع فيها اثر لعصيدة الشرايين فتقصر الكظر اذن يسهل تصلب الشرايين خلافاً للفكرة السائدة وتتفق هذه التجارب مع بعض التعاليم السريرية وهي ان الطحال مذكر للكولسترين الزائد في الدم . ولم تعرف بعد علاقة الغدد التناسلية بالكولسترين . ولكن عرف ان الخصي يزيد كمية الكولسترين في الدم بعض الازدياد وهذا دليل على ان الكولسترين يخدم الوظيفة التناسلية وتفيد الغدة الدرقية لتحريض الشحوم وينجم من قصورها ازدياد الكولسترين في الدم . ولا يقبل (ش .) اراء المعهدين

الألماني والفرنسي عن وظيفة قشرة الكظير بل ينكر عليهما ذلك استناداً على تجاربه .

المداداة الواقية من نقيح الاسناخ السنية (pyorrhée)

ف . دونوفن (F.Donovan) ان نقيح الاسناخ السنية آفة كثيرة الوقوع لعصي المعالجة ولا سيما متى ازمنت وقد لاحظ د . ان هذا الداء يصيب من يكثرون من تنظيف اسنانهم بلفرجون (brosse à dents) ٣ - ٤ مرات في اليوم فتسأل عما اذا لم يكن استعمال الشعرية استعمالاً غير منطبق على قواعد الطهارة هو السبب فثبت له بعد التحري ان اكثر الشعر يات المستعملة غفنة تكثر فيها الجراثيم فتعود اداة لتلويث الفم عوضاً عن ان تكون واسطة لتنظيفه و يعتقد انه اذا روعيت قضية تعقيم الشعر يات مراعاة اكيدة نقصت نسبة نقيحات الاسناخ السنية نقصاً لا يقل عن تسعين بالمائة .



مقتضبات عما يقال ويعمل

في سريريات الامتاذ حنا لويس فور (J. L. Faure)

« ٣ »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر و شوكة موفق الشطي

ان النواصير البولية التي تفتح في جدار البطن تشفى من تلقاء نفسها في اكثر الاوقات فيجب ان ينتظر ٣ - ٤ اشهر قبل اجراء اية عملية جراحية واما النواصير المثانية المهبلية فشفاؤها اصعب ويجب التريص ايضاً بضعة اشهر قبل اجراء عملياتها فتشلى في اثناؤها المثانة ليخف تعفنها و ينتظر ريثما تلتئم النسيج بعضى الالتئام .

و يشخص مقر الناسور بحقن المثانة بماء ملون فيخرج الماء من فوهة الناسور وتعين هذه الفوهة بوضع المنظار المهبلي فاذا لم يخرج الماء من الفوهة كان مقر الناسور في الحالب فيجب ان تضاد المثانة ويقتصر الحالبان لتعرف الكلية المريضة وحالة الكلية الثانية .

ويميز في الممارسة نوعان من النواصير المثانية الملية : النواصير التي يكون بها العنق سليماً والنواصير التي يكون قد اضمحل بها العنق والنواصير الخفوضة وهي سهلة الاجراء في الغالب والنواصير غير الخفوضة وعملياتها كثيرة الصعوبة وتجرى العمليات بظريقتين :
الطريق المهبلي والطريق البطني .

الطريق المهبلي : ان افضل الطرق ما كان اكثرها سهولة :
التنضير : حسن في النواصير الصغيرة على ان يكون الموضع حاداً ولا تمتزق الحافة البليغة التي يجب استئصالها . ويجب الا تكون الغرز ثاقبة وهذا امر مهم جداً في النجاح وان تشد الخيوط شداً حسناً وهذه النقطة دقيقة ايضاً . ان الغرز تمتزق

فيجب استعمال خيوط الفضة المفتولة غير ان استخراجها مستعصم ففضل والحالة هذه طريقة حنا لويس فور التي اغتمسها من غورناي وهي الخياطة بشعر غلورنسة على شكل زر القميص ووضع رصاص غلي الذي يسهل استخراجه .

التضاعف : نترك هذه الطريقة للنواسير الكبيرة التي تبلغ مساحتها مجلحة قطعة الفرشين السور بين المعدنية . وقد يكون التضاعف صعباً للغاية . يجب حسب هذه الطريقة ان يحاط جدار المثانة وان يحاط فوقه جدار المهبل . غير ان هذا الامر يصعب تحقيقه لان الخيوط تمزق المثانة متى شددت فتتلف وتكون النتيجة سيئة . فيفضل حينئذ الاستغناء عن الخيوط والاكتفاء بفصل المثانة الى مسافة بعيدة وتركها وشأنها وخياطة جدر المهبل خياطة حسنة فيفسد الناسور المثاني من تلقاء نفسه .

« الخياطة المتقنة حسب طريقة غورناي »

طريقة بركهائي (Braquehaye) نقوم باجراء شق حول الناسور وفصل شريحة دائرية ودفنها في الثقب وسدها بخياطة حافتي جدار المهبل فوق الثقب بعد نقر بب احداهما من الاخرى . (النواسير السفلى المعادلة لقطعة فرشين سور بين معدنية) ولكن اذا كان الثقب كبيراً جداً لا تلتصق الشريحة في الباطن . واذا كانت الثقب صغيراً جداً كان دفن الشريحة صعباً . واذا لم ينجع الطريق المهبلي السفلي جرب الطريق الآخر العلوي او البطني .

الطريق البطني :

الخياطة خلال المثانة (مريون) : ان ثرندينبورغ اوجد وضعته المائلة حين اجراء عمليات هذه النواسير . ويجنب الغلب في هذا الطريق الذي تشق به الخياطة كما تشق في عملية الحصاة ويجنب ايضاً خطر التهاباته .

الطريق خلال الغلب : (دجل Dittel) يشق الغلب (البريطون) بين المثانة

والرحم ويفرق حتى الناسور فينضروخيوط وهذه الطريقة دقيقة الاجراء .

الطريق الغلبي المثاني (لاغو Legueu) : يحتفظ بهذا الطريق لمعالجة النواسير الجراحية العالية . يفتح البطن تشق المثانة على الخط النصفى حتى الناسور وتقتطع

فوهته ثم يخط جرح المثانة طبقتين :

الطبقة المخاطية العضلية والطبقة العضلية الخلفية . ويوسع الثقب المهبلي لمرار
احفوض فيه .

ويجب ان يقع الناسور على الخط النصفى لانه اذا وقع في الجانب خشي ان
يتقلب الناسور المثاني المهبلي ناسوراً حاليماً مهبلياً .

وكثيراً ما نتعفن هذه النواسير الخلفية المهبلية فتصاب المريضات بالتهاب
الطويضة والكلى فيكون استئصال الكلى الطريقة الوحيدة التي تشفى الناسور
وتعفن المسالك البولية معاً .

النواسير المعوية : بطنية ومهبلية

نواسير المى الدقيق : هي ضفت وخيم لانه يعرض المريض المريضة لقلّة التغذية ولتقرح
الجلد فان عصر الامعاء بهضم يحيط الناسور فيجب ان يطفى الجلد بهذا المرمم الآتي :

حمض التوتيا	٢٠ غراماً
اخنيلول	٤ غرامات
نشا	٢٠ غراماً
فازلين	١٠٠ غرام

ولا يجوز ان توضع هذه النواسير لان الامعاء موجودة حيث توجد المثانة ولان
التوسيع يقضي الى ثقبها .

والطريقة الوحيدة في معالجة هذه النواسير معالجة جراحية انما هي المرور في
خلف حرة . وقد يحدث ان الناسور يختفي في سياق التجريد ولا يهتدى اليه
فيستحسن ان يحقن الناسور بمحلول زرقه الثلثين العشري . وقد نقضي الضرورة
في بعض الحالات المهمة بقطع المى الدقيق او بمفاغرة عروتين احدهما بالآخرى
وتحويل مجرى المواد الفائضة .

النواسير المستقيمية المهبلية : متى تمزق العجان بعد الولادة يجب ان يرمز ربما
حسناً في الحال باسطة الوسائل : بخيوط فضة او شعر فلورنسة دلبس بالحشة (الكافوت)
التي نتعفن في هذه النسج المتمزقة . واذا كان الشرج مشقوقاً يترك ريثما يندب

يُنْتَظَرُ شهرين أو ثلاثة أشهر قبل ان يرمى العجان ويوجد شرح ضابط للمواد الغائطة وأما اذا اجريت العملية قبل ذلك التاريخ فتكون النتيجة سيئة في الغالب وتعيد العملية المقبلة اشد صعوبة .

طريقة الاجراء :

١— اذا كان الناسور عالياً قريباً من العنق في الثلث العلوي يخاط بطوريق البطن و يشق المهبل للتخفيض (drainage)

٢— اذا وقع الناسور في الثلث المتوسط وهو كثير الحدوث يصنع الدجان وينضر الثقب المستقيمي ويخاط وتقطع الشريحة المهبلية ويخاط المهبل وتضع العضلات الرافعة .

٣— اذا وقع الناسور في الاسفل تكون عاصرة الشرج قد تلت في الغالب فيجب ان يقطع الجسر الذي يفصل الناسور عن الشرج وان تخاط الرافعات و يصنع كما في تصنيع العجان العادي .

ويجب ان تكون المريضة محضرة تحضيراً حسناً لجميع هذه العمليات واذا استمر الناسور موجوداً فلا بد من التجلد الشديد لشفاء المريضة شفاء تاماً .

اضطرابات الطمث

ضطرابات مفرزات المبيض الداخلية ، البلوغ ، الضهي (ménopause) الخصي العمق : ينسب الطمث الى افراز المبيض الخارجي ويقع الحيض حين ورع البويضات وقد يبيض المبيض بويضاته بدون وقوع الطمث .

متى غزر الطمث فتجاوز حده الطبيعي قبل له الطمث النزفي (ménorrhagie) او فيضان الحيض فيعالج بالراحة في السرير و يداوى بالحقن المهبلية الحارة والحمامات باعطاء ١٥ الى ٣٠ قطرة هما ليس عند كل طعام .

واما النزف الرحمي « metrorragie » فيقع في غير زمن ورع البويضات وقد يكون علامة آفة موضعية .

والانزفة الرحمية كثيرة الوقوع في البنات الفتيات حتى انها قد تمردحياتهن بنزائنها

وان وسائل الفحص صعبة ومثيرة فيهن ولكن قد يشعر بالمشي الشرجي بانقلاب الرحم الخلفي او بورم المبيض او بالتهاب الملحقات ولا سيما بالتهاب الملحقات السلي .
غير ان اسباب الانزفة التي يجب تجربها تتعلق في الغالب بامراض باطنة :
آفات قلبية = تضيق الاكليلي

- كبدية = يصحبها حينئذ رفاف متكرر

آفات كلوية = بيلة احينية فقر الدم كانت تسمى داء الخضرة البريني
ويجب التفكير في بعض الامراض الارثية : الزهري ، الناعور (هاموفيليا)
الذي يظهر عادة في زمن البلوغ سواء كان في الذكور او الاناث (وان يكن ظهوره
فيهن نادراً) فتعالج الانزفة حينئذ معالجة سببية المعالجة المضادة للزهري ، او بالمصل
الهلامي « sérum gelatiné » وكورور الكلسيوم ومصل الحصان في الناعور
واذا ظلت هذه التحريات عقيمة ولم تكشف الآفة تجري قصور المبيض
واضطرابات الافرازات الداخلية فيعطى علاج تجري خلاصة المبيض وخلاصة الغدة
الدرقية ٠٤٥ ، سنقرامات في اليوم مدة ٨ - ١٠ ايام و يثابر على المعالجة شهرين او
ثلاثة اشهر .

ويجرب الاستعاضاء بالثدي (opthérapie mammaire) فيعطى ٢٠ الى ٢٥ سنقراماً
من خلاصة الثدي وتراعى الشروط نفسها التي روعيت في اعطاء خلاصة المبيض
والغدة الدرقية .

اذا اعطيت ابنة تنزف دماً غزيراً خلاصة الغدة النخامية قبل الحيض ببضعة
ايام خفت الاعراض وتحسنت حالتها واما اذا ابقي النزف مستمراً وغزيراً على الرغم
من ذلك واذا ضعف دم الابنة ضعفاً متادياً وجب التوسط لمعرفة السبب فتخدر المريضة
ويوسع غشاء بكارتها وتجرف الرحم تجرفاً استقصائياً وكثيراً ما يكفي هذا التوسط
ليقف النزف اذا كان ناجماً من التهاب الرحم البسيط وتؤخذ قطعة من المسادة
المستخرجة للاستقصاء النسيجي الحيوي واذا لم يقد التجرب يداوى باشعة الراديو
او الاشعة المحبوبة وتكون عادة وحدتا كوري (2 milli-uries) لا تقاص الطمث دون
ان يزول وخمس وحدتا كوري (5 milli-uries) لقطع الطمث مدة من الزمن
واذا زاد المقدار عن ذلك انقطع الطمث انقطاعاً تاماً وهذا ما يجب تجاوزه واذا

خابت جميع هذه الوسائط كان استئصال الرحم واجباً .

نقصان الطمث: يشاهد في النساء القليلات النسل وكثيراً ما ينجم من اضطراب الصحة العامة (السل) يعالج بالاستعضاء المبيضي (ophothérapie ovarienne) ٢٠ — ٤٠ سانتغرام خلاصة المبيض في اليوم مرة ١٠ أيام قبل الحيض ويموز ان يشرك الاستعضاء الهرقي مع الاستعضاء المبيضي .

انقطاع الطمث (amenorrhée) : قد ينجم من انسداد غشاء البكارة فيتكون انصباب المهبل الدموي (hématoocolpos) او من الحمل (ويجب الا يساق التحري الى ابعد من ذلك اذا لم ينفَ الحمل أولاً نفياً بآناً) او من عيوب الجهاز التناسلي كما في بعض حالات الخنثوية الكاذبة (pseudo hermaphrodite) وانقص المهبل الولادي

انقطاع الطمث المسبب من حالة عامة : ينجم من السل او الانفعالات الشديدة او من الخصى

الخصي : لقد بولغ في اخطار الخصى المزدوج مع انه اذا لم تنبه المرأة الى الامراض التي قد تطرأ عليها بعد استئصال رحمها وسيبضها فلما تشكي هذه الاضطرابات: هبات حرارة (bouffées de chaleur) عرق ، سمن مع انها تأكل قليلاً وتتشوش حالتها الدماغية ايضاً فتحيل الى النوم ويخف نشاط عقلا وتعود سريرة التنبه فزعة ويضطرب دورانها المحيطي فتصاب اطرافها بالمدل والمص

تعالج هؤلاء النساء بالاستعضاء (ophothérapie) مدة ١٠ — ١٥ يوماً في الشهر في الايام التي توافق الطمث او قبلها فتعطى ٢٠ سانتغراماً من خلاصة الغدد ويموزان يستعاض عن الحبوب والبرشانات بحقن تحت الجلد بهذه الخلاصة مدة ٥ او ٧ أيام

وقد جرب توفيه (Tuffier) التطعيم بالمبيض (greffe ovarienne) تحت الجلد فلم يعط نتائج حسنة لان الطعم يضمحل بعد مدة من الزمن (زهاء سنة) غير ان المرأة تستريح في اثناء هذه المدة وتزول عنها الاضطرابات المذكورة . وعند جرب فورنوف (Voronoff) التطعيم بالمبيض كما جرب التطعيم بالخمية فلم يمش الطعم اكثر من شهرين او ثلاثة اشهر وكانت الصحة العامة في اثنائها تحسن تحسناً كبيراً

شبيهاً بالنحس الذي كان يحسنه الرجال بعد التطعيم بالخصية فكان الشيخ يتصاحى وتعود اليه لذة الحياة والغ . . .

عسرة الطمث (dysmenorrhée) : تنجم من امراض الرحم او المبيض .
كالتهابات المبيض التصلبية او التصلبية الكيسية (scléro kystique) التي تلتصق الرحم في الوراء . وآفات الحوض الصغير الناجمة من داء الافرنج المكتسب او الارثي .
وقد تنجم من اثنا آت الرحم الى الامام او الى الوراء فيصعب جر بان دم الطمث ويقع القولنج .

المعالجة — تصنع حقن شرجية حارة بمائة الى ١٢٥ غراماً فينوسع محل الشرج وتضطجع الاعضاء التناسلية عليه متى كانت المريضة مستلقية على ظهرها ويجوز ان يضاف الى الحقنة افطرة لودنم وتوصف الحماث (cures thermales) والاستعضاء (opotherapie)

الاضطرابات المرتبطة باختلال المفرزات الداخلية : (الغدة الخلالية في المبيض والجسم الاصفر) ان هذه المفرزات الداخلية تنظم الصفات التناسلية الثانوية في المرأة حين البلوغ فلها تأثير خافض للتوتر وامن لاعصاب القلب . (راجع بحث الخصى)
الاستعضاء نوعان : الاستعضاء المبيضي التام والاستعضاء بالجسم الاصفر يستعمل الاستعضاء التام (خلاصة المبيض التامة) بعد الخصى الجراحي
واما الجسم الاصفر فيستعمل في قصور المبيض (العقم) ويجب ان تشرك دائماً خلاصة المبيض مع خلاصة الدرقية او النخامية (النخامية مقوية عامة وتؤثر في الدوران) وخلاصة الكظر بمض الاستطبانات ايضاً .

غير ان المعالجة بخلاصات الغدد معالجة تردد وحيلة لأننا لانعلم حقيقة ما تعمل حين وصفها . فهي ادوية يستدعي استعمالها الدقة فيجب درس نتائجها وتبديل المقادير حسب الاشخاص .

العقم (sterilité) : متى شككت الائنث عقماً اتبعت في معالمتها القواعد المراجعة فتجرب فيها :

١ — التهابات المهبلي امي مفرزات المهبلي المرضية التي قد تكفي لقتل النطفة (الحيويين المتوي) وتتحري حموضة هذه المفرزات بورقة عباد الشمس (tournesol)

٢ — التهابات عنق الرحم الالتهابات المزمنة التي تفرز مفرزات مخاطية وتكون

سداة مخاطية تسد فوهة العنق ولا تسمح للنطفة بالمرور .

المعالجة — نقوم بمداواة التهاب الرحم (تطبيق كاوي فيابوز)

٣ — ضيق العنق (stenose du col) وهو سبب كثير الاحداث للعقم والعنق

المؤنف الذي يداوى بتصنيع غم العنق (stomatoplastie) حسب طر بقة بوزي (Pozzi)

فيعود العنق بعد هذه العملية غير منتظم قليل الظرف وتعود فوهته واسعة جداً .

وقد تكون فوهة العنق الظاهرة واسعة ولكن المانع يكون عند المضيق (isthme)

اي عند الفوهة الباطنة و يصحب هذا الضيق انثناء امامي (antéflexioe) .

المعالجة — نقوم بالتوسيع ونقوم الرحم . يوسع العنق والمريضة في فراشها

بالاشبية ولا يجوز ابقاؤها في العنق اكثر من ٢٤ ساعة لأنها تبلغ حدا الاقصى من

الانتفاخ بعد ست ساعات فتركها لا يفيد بل يضرب لأنه يمنع المفرزات عن الخروج

والافضل ان توضع الاشبية مساء وتنزع صباحاً (ولا تستعمل الاشنيات المجوفة) .

ثم نترك الرحم وشأنها يوماً كاملاً لتستر بع قبل وضع اشنية ثانية وثلاث اشنيات كافية

للتوسيع (رقم ٨ - ١٦ - ٢٢) . و يبقى العنق بعدها مفتوحاً انفتاحاً كافياً مدة

ثلاثة اشهر فاذا لم تحمل المرأة في اثنائها يكون التضيق قد عاد فيجب ان يعاد التوسيع

صور اير يبارن (Iribarne) من (بونس ايرس) انبو با دقيقاً من الفضة ادخله

الرحم وثبته بها بخيوط حمشة (كاتفوت) مدة ٣٠ يوماً حتى ميعاد الطمث المقبل

وسمح للمرأة بالقيام والمشي ولم يسمح بالجماع قبل سقوط الانبوب بل سمح به بعد

الطمث فكان يقع الحمل في الغالب حين الطمث التالي .

ان افتتاح العنق يبقى بعد انبوب اير يبارن بضعة اشهر و يظل الحمل محتمل

الوقوع في الاشهر الستة التي تلي وضع الانبوب .

للبحث صلة

التخدير في امراض الفم

« ٣ »

تخدير العصب الفكي العلوي

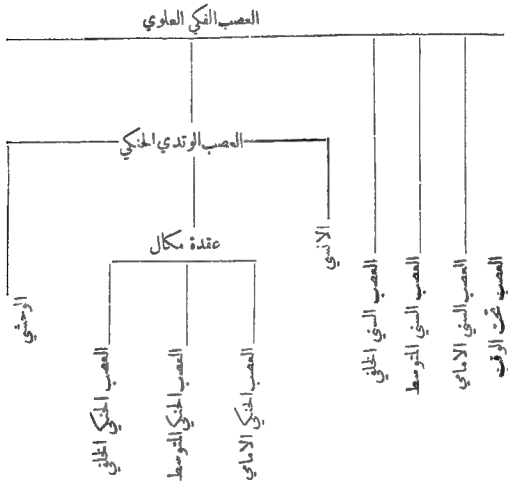
للحكيم جينستاي استاذ في شعبة طب الاسنان

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

اوردنا في الجزئين السادس والسابع من هذه المجلة لمحة عامة عن التخدير في امراض الفم ثم جئنا على تخدير العصبين المضغني والسني السفلي واننا نتكلم الآن عن الطرق المتنوعة في تخدير العصب الفكي العلوي .

لمحة موجزة عن نشر يمه

يبدأ العصب الفكي العلوي من عقدة خامس ويخرج من العجحف بالثقب المدورة الكبيرة ويدخل مؤخر ارض الحفرة الجناحية الفكية و يجتاز الشق الجناحي الفكى . ثم يدخل القناة تحت الوقب و يجتازها ولدى خروجه منها يتفرع فروعا عديدة وينتهي فيكون اتجاهه من الورا الى الامام . وتشتق منه في اثناء سيره اغصان عديدة نرمم سطحها فيما يلي :



ان عقدة مكال التي تصل اليها شعب من الاعصاب الوجهي والاساني البلعومي والوددي واقعة ايضاً في الحفرة الجناحية الفكية تحت جذع العصب قليلاً .

فيكون المسير الذي يقطعه هذا العصب خلال العظم طويلاً ومناله مستصباً الا في الحفرة الجناحية الفكية . وفي بلوغه طرق عديدة فمن الجراحين من يسير اليه بطريق الجملة ومنهم من يسير اليه بطريق الغشاء المخاطي من باطن الفم .

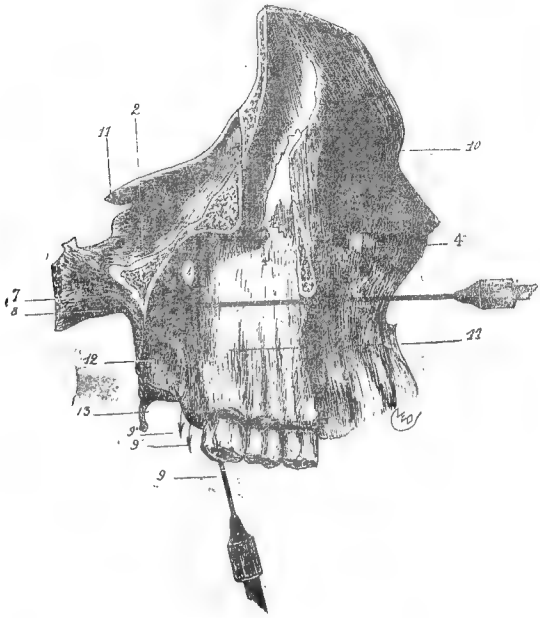
طريقة شفره (Chevrier) : تقوم بالمرور في القوب و بلوغ الثقبه المدورة الكبيرة خلال الشق الوتدي الفكي . ويصعب جداً اقناع المريض بقبول هذه الطريقة بعد ان يينا المسير الذي تسلكه الابرة . وقد بدل ماتاس (Matas) هذه الطريقة بعض التبدل

طريقة مونش (Munch) : تفرز الابرة خلف الزاوية المكونة من الناقى الحجاجي الوحشي للعظم الوجني ومن القوس العذارية بسنمتر واحد فاذا اتبعت الابرة حذبة الفك دخلت القسم العلوي من الحفرة الجناحية الفكية فرباً من الثقبه المدورة الكبيرة ويجب ان تفرز الابرة باتساع زهاء ٥ سم وان تراعى قواعد الطهارة مراعاة شديدة بعد طلي الجلد بصنع اليود .

ان هاتين الطريقتين يتبع فيها طريق الجلد . وانا الآن سنأتي على ذكر طريقتين يتبع فيها طريق النعم وهما الطريقتان اللتان يفضلهما اطباء الاسنان على ما سبق لأنهما تخرجان بطريق النعم :

طريقة سميت (Smith) . يستعمل سميت ابرة طولها ٤٠ ملمتراً مؤلفة زاوية قائمة مع المحقنة المتصلة بها . ثم يعين في دهليز النعم قمة جذوع الرحي الثالثة العليا حيث يفرز ابرة مسدداً اياها الى العالي والانسي والوراء قليلاً محافظاً على ملاصقة حذبة الفك الخلفية فتدخل الابرة ٣٠-٣٣ ملمتراً بلغ طرف الابرة منطقة العصب

اما كية السائل المعد للحقن به والاحتياطات التي يجب مراعاتها فهي هي نفسها التي وصفناها في المقالة السابقة ويستعمل نيفار (Nivard) بمقنة طرفها شبيه بالخرقة .



الحفرة الجناحية الفكية

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| ١ — الحفرة الجناحية الفكية | ٢ — الثقبية المدورة الكبيرة |
| ٣ — الشق الوتدي الفكي | ٤ — القناة تحت الوقب |
| ٥ — الثقبية الوتدية الحنكية | ٦ — القنوات السنية الخلفية |
| ٧ — قناة فيديوس | ٨ — القناة الجناحية الحنكية |
| ٩ — القنوات الحنكية الخلفية | ١٠ — الوقب |
| ١١ — حذبة الفك | ١٢ — الجناح الوحشي للثاني الجناحي |
| ١٣ — مجن الجناح الانسي للثاني نفسه | ١٤ — اجنحة العظم الوتدي الصغيرة |

طريقة دوشنج (Duchange)

يبدأ دوشنج في القناة الخنكية الخلفية ويصل إلى أرض الحفرة الجناحية الفكية يأخذ بمقنة بآلة طولها ٤٠ ملمتراً ويعين فوهة القناة فيرسم خطاً يصل مركز الناجذتين أحدهما بالآخر وخطاً ثانياً على الفك محاذياً للقس بعيداً عن عنيق الناجذة زهاء سنتيمتر ونصف السنتيمتر فتدل النقطة التي يتقاطع بها الخطان على فوهة القناة ومتى جست الاصبع هذا المكان شعرت بانخفاض فيجب ان تفرز الآبرة فيه وان تجعل المقنة حذاء ضرس السنة السادسة . وبعد ان تفرز الآبرة زهاء ٢٠ ملمتراً يصبح جدار العظم عموداً فيجب ان يحاذي جسم المقنة وجه ضرس السنة الثانية عشرة ثم تفرز الآبرة زهاء ١٣ ملمتراً ايضاً فيكون مجموع الطريق الذي قطعتة الآبرة ٣٣ ملمتراً وبعد ان تثق كل الوثوق ان الدم لا يخرج من الآبرة نحقن بالحلول المخدر . ونخشى في هذه الطريقة ان تكسر الآبرة ولهذا لا تستعمل ابر الفولاذ فيها .

ان هذه الطرق تخرج بعض الخروج عن دائرة التوسطات التي يمر بها اطباء الاسنان غير ان عليهم ان يعرفوها . ان المنطقة التي يخرجون عملياتهم فيها هي منطقة شديدة الخطر لأنها قريبة من العصب العيني والشریان الفكي الباطن . فيجب ان يتنبه الانتباه الشديد في اجراء هذا التخدير اما نحن فقد شاهدنا ونحن نجري التخدير بطريقة دوشنج شفعا (diplopie) مؤقتاً . ناجماً من شلل عضلات العين وصفوة القول ان تخدير العصب الفكي العلوي يقوم بخدمة جلييلة غير انه يستدعي دقة في العمل وادوات خاصة وطهارة فائقة

مفكرة في الطب العملي

مترجمة بقلم الحكيم شوكة موفق الشطي عن المطبوعات الحديثة

مداواة القولنج الكبدي

واحدة سواء أ كان القولنج ناجماً من المجاري الكبدية نفسها ام من المرارة ولا تختلف المداواة الا في الادوار التالية

أ - المداواة الوقاية .

قد يشعر المصاب بالرمل الكبدي ببعض امارات تنذره بقرب وقوع النوبة فتكون المرارة حينئذ مؤلمة ممتلئة وقد يبدو في البول لون اليرقان الخفيف .

فتجنب النوبة حينئذ : ١ - بإزالة الراحة وشد البطن بزئار والامتناع عن المسهلات

٢ - بالحمية البنية . فيؤخذ اللبن المزالة فشدته جرعات جرعات

٣ - باستعمال رفادات رطبة حارة على ناحية الكبد

٤ - يبلغ ٥-٦ حبات اتراميل فالر يانيك (etheramylvalérianique) في كل منها ٥٠، ٥٠، مستغراماً

٥ - بتجرع اربع برشانات في كل منها ٥٠، ٥٠، صفصافة الصودا او

ثلاث حبات اورتروبين في كل منها ٥٠، ٥٠، على ان تحل بالما او ٢٠-٤٠ .

قطرة من صبغ البولودو (teint. de boldo)

٢ - مداواة النوبة

أ - يلزم المريض الراحة في فراشه مدة بعد زوال النوبة وذلك
ر بثما يزول ألم المرارة

ب - يعطى اذا كانت المعدة جيدة اترًا من لبن مرارة قشدته مزوجًا
بماء فيشي او بنصف فنجان قهوة جرعات كل نصف ساعة مرة ويجوز
ان يأكل حساء الخضرا اما اذا كانت المعدة مضطربة فيحى حمية مطلقة
ويوعز اليه بمص قطع من الجليد ويستعمل الماء الكالورفورمي او شراب
ريفيار او بضع حبات لازالة الاقياء

ج - نفرك ناحية الكبد والمرارة بالطلاء الآتي

١٠ غرامات

من كل غرامان

٤٠ غراما

كلورفورم

خلاصة الافيون

خلاصة اللقاح

خلاصة حشيشة البنج

البلم المادي

او بثلاثين قطرة من اللودنم او ملعقة قهوة من صفصافاة المتيل وتستمر
الناحية برفادات حارة ٠ اما اذا استمر زمن النوبة او صاحب ذلك ارتفاع
في الحرارة فيجب تطبيق كيس جليد

د -- يحقن المريض بحقنة مركبة من ١٠٠ غرام ماء فاتر مضاف
اليها ١ - ١٠ - ١٥ انديرين او ٣٠ - ٤٠ قطرة لودنم على ان تضبط مدة من

الزمن وتكرر هذه الحقنة بعد ساعتين اذا قضت الضرورة

او توضع فتيلة من الفتائل الآتية (٤ في اليوم)

خلاصة الفلاح { من كل ٠.٠٠٢ سنتغرام
خلاصة الافيون

زبد الكاكاو غرامان

٥ - يستعمل المريض بحمام فاتر تزداد درجة حرارته الى اقصى حد

يستطيع تحمله و يكرر ذلك مرتين او ثلاث مرات

و - واذا كانت النوبة شديدة يحقن تحت الجلد بحجابه فيها

كلورمائية المورفين ٠.٠٠١ سنتغرام
كبريتة الفلاحين ٠.٠٠٠٥ مليغرام

ويحقن تحت الجلد في الوقت نفسه بحجابه فيها زيت مكوفر . ولا

يجوز ان يحقن باكثر من نصف سنتغرام مورفين اذا كان المريض حدثا او لا

يتحمل الافيون .

يحدد الحقن بالمورفين اذا قضت الحاجة مرتين او ثلاث مرات في اليوم

فاذا لم يستطع المريض ان يتحمل المورفين واعتراه منه قيء مستعص

استبدل المورفين بالهاروئين (heroine) فيحقن منه تحت الجلد بـ ٠.٠٠١

سنتغرام .

ولا يجوز ان يستعمل المورفين اذا كان القلب مصاباً بوهط او كان

النبض صغيراً متشوش النظم والتوتر الشرياني منخفضاً او متي خشي الغشي

او كان شكل القوانج الكبدي مزمناً .

ح - ينشق الكالورفورم حسب طريقة الملكة اذا لم يكف المورفين

لتسكين الألم .

ط - يحقن تحت الجلد بالبنتين والزيت المكوفرا او تطبق حمامات جافة متى ضعف القلب واحتقنت الرئة .

ي - بوصف الاوروترو بين متى ارتفعت حرارة المريض
ك - يعطى المريض اذا تكررت النوب ٥٠ غرام زيت الزيتون
في كل صباح ويزاد هذا المقدار ٢٠ غراماً في كل يوم حتى ١٠٠ او يعطى ٢٠ = ٣٠ غرام غلسترين و يوعز الى المريض في مثل هذه الحالة بالمشاورة على تجرع لبن مزالة قشده اولى بن مطبوخ مع الارز ويسمح للمريض بأكل اثمار ناضجة

واذا لم تكف هذه الوسائل كلها يستعمل الاستحجار^(١)

ل - يستعمل المريض متى زالت النوب ١٠٥ اوروترو بين في كل يوم مدة من الزمن .

(١) الاستحجار ترجمة (diathermie) وهي من وضع العلامة الاب انستاس ماري الكرومي



مطبوعات حديثة

كتاب الجراحة الصغرى لمؤلفه . ج مازونه (J. Maisonne) نظر مؤلف هذا الكتاب الى النقاط العملية التي يتوقف عليها نجاح المعالجة سواء أ كان ذلك في تأهيب المريض للتوسطات الجراحية والطبية او في ما يتلوها من العناية التي لا تقل اهمية عن التوسط الجراحي والطبي نفسه اذ عليها يتوقف حسن النتيجة فكتب كتابه مفعماً بهذه الروح وقد اجتنب في ابحاثه ما يدعو الى التشويش بجفاء سهل المال على طالب الطب والطبيب الممارس والمرضى والمرضة لأنه يرى والحق معه انه لا مندوحة من نشر هذا العلم وتبديل عنوانه لأن عنوان الجراحة الصغرى غير صريح والأفضل ان يستبدل باسم (علم الطرق العملية الطبية والجراحية) . يبحث مؤلف هذا الكتاب عما يقع من الحوادث الفجائية ولا حظ ان الطبيب ، اختصاصياً كان ام غير اختصاصي ، وطالب الطب والمرضى والمرضة يضطرون في بعض الاحيان لانتسابهم الى مهنة الطب ان يسعفوا شخصاً طرأت عليه طارئة فيتحتّم عليهم ان يدروا عنه الخطر المداوم بسرعة فائقة لان الانتظار يحجر الموت فأبان في كتابه كل ما تنجب معرفته في هذا الشأن فليس الكتاب والحالة هذه مفيداً لطالبي الاختصاص بالشعبة الجراحية فحسب بل لجميع من انتسب الى الطب . وهذا الكتاب حاور لكل ما استحدث من الاراء والوسائط ومزین بـ ٢٢٣ رسماً حسن الترتيب والتبويب قسمه المؤلف اقساماً فبحث في القسم الاول عن الجرح او المريض وما يحتاج اليه كل

منها وتكلم في القسم الثاني عن العمليات الجراحية وطرق التأهب لعملها وبحث في القسم الثالث عن التضميد والربط وأوضح في القسم الرابع أجهزة الكسور والنقل وخصص القسم الخامس بالبحث عن رضوض المفاصل وخلوعه وطرق في القسم السادس بحث المداواة الطبية والجراحية في امراض النساء وطرق البول وجاء في القسم السادس على اعضاء الحواس وامراض الفم . وقد كننا نرغب لو ان المؤلف نفص عن كتابه غبار السلف فنبد الطرق القديمة التي لم تعد مستعملة نبذ النواة ولم يأت على ذكرها في مؤلفه لأن ذكر هذه الطرق التي اكل الدهر عليها وشرب نقطة سوداء في صفحة هذا الكتاب الناصعة البياض والجمع بينها وبين الطرق الحديثة اشبه شيء بالجمع بين الثوب البالي الرث والنسيج الجديد الثمين ولعله فاعل في طبعته المقبلة .

وصفوة القول ان هذا الكتاب جامع جليل الفائدة نحت زملاءنا الكرام وطلبنا الافاضل على اقتنائه .



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٢٨ م الموافق لشعبان سنة ١٣٤٦ هـ

داء المتحولات

في شكله التيفي أو الحمى التيفية

للحكيمين: } تراواستاذ في المعهد الطبي العربي
صباغ طبيب في المستشفى العسكري بدمشق

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

قال احدنا في مقالة سبقت نشرت في الجزء الاول من هذه المجلة ان تمييز الشكل التيفي من داء المتحولات عن الحمى التيفية ممكن . وهذا هو اعتقادنا غير ان التشخيص يصعب جداً في بعض الحالات كما يتبين من المشاهدة التي سنوردناها وهذه الحالات نادرة والحمد لله .

دخل ك ١٠٠ المستشفى العسكري في ١٣ نيسان سنة ١٩٢٧ مصاباً بحمى متندبة ٧ ايام وكان يشكو صداعاً مؤلماً . فبين من معاينته ان لسنته كثر ومشقق وان في حفرتيه الحرقفتين قرقرة وان على بطنه لخطتين ورديتين . وكان مصاباً باسهال شبيه بعصير البطيخ وأنه لم يعرف ولم يكن طعمه فحماً فشخص مرضه (حمى تيفية) مع انه كان قد لقي باللقاح المضاد للحمى التيفية ونظيراتها) فاستتب دمه في ١٥ نيسان سنة ١٩٢٧ فكان سليماً فعولج على الرغم من كل هذا معالجة . صاب بالحمى التيفية : جليلي على

البطن ، حقن شرجية باردة ، مغاطس باردة ، فظلت الحلى تتموج ماحول الدرجة ٣٩ مدة اسبوعين . فاعيد استنبتات الدم في ٢٩ نيسان فكان ايضا سليبا . واما معاينة النجوى فكشفت المتحولة الزحارية في الغائط . فخالجنا الشك في التشخيص السابق وباشرنا المعالجة بالامتئين . فبدأت الحلى بالسقوط وعادت الى جوار الحرارة الطبيعية بعد الحقنة الوريدية الثامنة حتى خيل ان تشخيص داء المتحولات التيفي الشكل ثابت لا شك فيه لان استنبتات الدم مرة ثالثة كان سليبا .

وقد اجرينا عدا ذلك تحريات اخرى متنوعة فعاينا الدم وكانت نتيجة المعاينة كما يلي :

٤١٠٠٠٠٠

عدد الكريات الحمراء

٩٢٠٠

: : البيضاء

الصبغة الكروية :

٦٤ بالمائة

كشيرات النوى

» ٣٦

وحيدات النواة

وقد بزل القطن تخفيفا للصداع فانصب سائل دماغي شوكي صاف محتوي على :

٠ ، ٢٢

احين (البوامين)

» ٠ ، ٤٥

سكر

ولم تكن فيه خلايا .

وكان تفاعل وامرمان عليه سليبا

وتفاعل الجادي الغروي طبيعيا .

يستدل من هذا ان السائل الدماغي الشوكي كان طبيعيا التركيب كجايوا ونسيجا وحيويا وان في الدم قد ازدادت الكريات البيضاء لانها بلغت ٩٢٠٠ مع ان هذه الكريات تقل عادة في الحلى التيفية .

وهذا مادعنا الى التفكير في الشكل التيفي من داء المتحولات لان الكريات البيضاء تكثر في هذا الداء مما كان شكله .

غير ان الاطخاخ الوردية التي بدت في بدء المرض وازداد عددها حتى انها غمت البطن وجزءا من الجذع دعتنا الى الظن بالحلى التيفية لان هذه اللطخاخ فلما تكثر هذه الكثرة في داء المتحولات .

ثم دخل المريض دور النقص فاصيب في سبب التهاب الوريد . وهذه العرلة (complication) دليل واضح على الحمى التيفية والتمفن العام الذي اصيب به المريض . لا ينكر ان المتحولات كانت في الغائط وان الزحار المتحولي كان واضعاً لاشك فيه غير ان الزحار لم يمنع الحمى التيفية الحقيقية عن الظهور لان منحنى الحرارة واللطخات الوردية وذات الوريد المتأخرة الكثيرة الظهور في الحمى التيفية والتي لاذكرها في داء المتحولات ، دليل على التمعن التيفي وان تكن استنباتات الدم ظلت سلبية .

....

ان هذه المشاهدة جديرة بان تعلن لما فيها من الفائدة . فتمت ظهورت في مريض يحمل في غائظه المتحولات الزحارية اعراض تعفن عام وكان منحنى حرارته كالنجد ودرجته بين ٣٩ - ٤٠ لا يحق لنا ان نفكر في الشكل التيفي من داء المتحولات متى ظهرت اللطخات الوردية لانها لا تزال كبيرة الدلالة على الحمى التيفية ولا وجود لها في داء المتحولات فيكون المريض مصاباً بالزحار المتحولي وبالحمى التيفية في آن واحد ولو بقي استنبات الدم سلبياً ويجب ان يعالج المعالجة المزدوجة .

وان سقوط الحرارة الذي شاهدناه في مريضنا بعد الحقن بالامتين كان مناسباً لبدء دور النزول في الحمى التيفية وانا ننسب هذا الهبوط الى الابتداء^(١) الذي استعمل منذ بدء المرض فسارت الحمى بفضل هذه المعالجة الرشيدة سيرها الحسن لا الى الامتين .

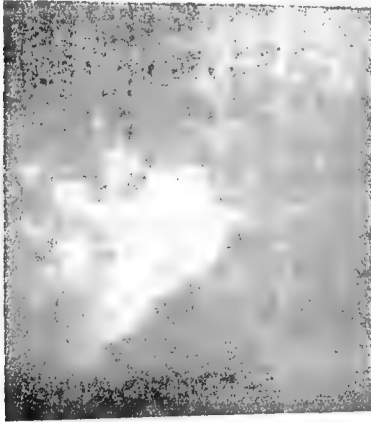
(١) الابتداء المعالجة بالماء البارد وقد نبه الى هذه الكلمة العلامة الاب أنستاس

احصاء ام عقدة في قاعدة الرئة اليمنى

للحكيم طاهر الجزائري

استاذ علي الاشعة والجراحة

ان الصدفية مكتنتا في ميناى المعاينات الشعاعية التي أجريتها من
العثور على هذين الرسمين اللذين ندرجهما على صفحات هذه المجلة ليراها القراء



الرسم (١) جانبي أيمن يمثل الحافة في قاعدة الرئة اليمنى

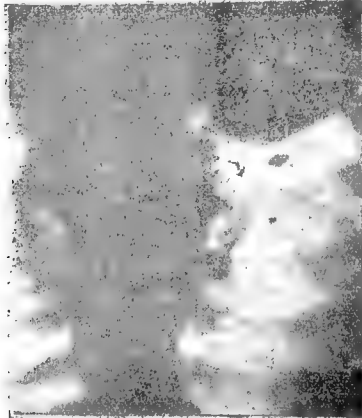
الكرايم وفيهما يبدو ظلٌ حججه كحجم جبة الزيتون واقع في نقطة من الرئة
يندر ان يرى فيها مثل هذا الظل .

وهذان الرئمان هما رسماً صدر رجلٍ في الثلاثين من عمره جاء دار معاينتنا لعلمة رئوية . فقد كان يشكوسعالاً مستمراً ووهناً عاماً وكان قد نفث أيضاً بعض قشاعات مدممة .

ولم يكشف الاستماع فيه أقل عرض ظاهر لأن التنفس كان طبيعياً ولم يسمع في جهازه التنفسي ادنى غمغمة عارضة وهذا ما اثبتته المعاينة الشعاعية التي أظهرت ان ساحات الرئة نيرة انارة تامة . غير ان الرسم الشعاعي أبدى لنا سلسلتين من العقد حول النقيير (hile) وعقداً طباشيرية وكشف لنا ايضاً ظلاً زيتونياً وهو الذي يدور عليه كلامنا الآن في هذه العجالة . وهذا الظل واضح الحدود يظهر جلياً لانه باقئمايه باين الاسناخ النيرة . وهو واقع على بعد نصف قيراط من ذروة الحجاب الحاجز الذي تبدل بدلاً خفيفاً في هذه النقطة بسبب الالتصاقات التي اصابته .

أفهذا الظل حصاة أم عقدة ؟ هذا هو السؤال الغامض الذي نجد الآن في تبديد غموضه . انا بعد التفكير الطويل قد ملنا الى الحصاة على الرغم من ندرتها للاسباب الآتية : لان التشريح لا يذكر لنا عقداً بلغمية في قاعدة الرئة . ولان عقدة ضالة لا يحتمل وجودها في تلك النقطة نظراً الى الصفات الشعاعية التي نبينها الآن : انا اذا قابلنا بين ظل عقد السرة الطباشيرية التي ذكرناها والظل الذي نتكلم عنه الآن نجد ان الفرق بينهما يتبين لان الظل الزيتوني في قاعدة الرئة اوضح كثيراً من ظل تلك العقدة . فهو ولا شك

ظل جسم صلب كلسي التركيب ليس له اقل علاقة بسلسلة العقد السرية فهو
اذن من الوجهة السريرية حصاة وليس سواها .



الرسم (٢) — امامي خلفي يمثل الحصاة ايضاً في قاعدة الرئة اليمنى
واذا أقررنا بذلك كان علينا ان نطرح هذا السؤال الثاني : هل الظل
الذي نراه ظل رواسب مجمعة في القصبات أم ظل كهيف قد امتلاً واستحال
محتواه استحالة كلسية ؟ اننا نلقي جانباً امر الكهيف لان قاعدة الرئة ليست
في الغالب مقرأً للكهوف ولان ملحمة ^(١) الرئة نيرة في محيط هذا الظل فلا
يحتمل ان تكون قد أصيبت باعراض مرضية مهمة .

(١) الملحمة ترجمة (parenchyme) وهي من وضع الملاحة الاب انساس ماري الكرملي

اما امر الحصاة فهو على العكس أقرب الى الحقيقة لان هذه الحصاة واقعة في الرسم على مسير تفرع قصبي وان هذا التشخيص الذي يدولنا منطقاً على المنطق يعلل لنا السعال الانعكاسي الذي يعترى المريض دون ان يكون مصاباً باعراض سريرية او شعاعية توضح سبب هذا السعال ويعلل أيضاً سبب القشاعات المدمة التي ذكرها لنا المريض في استفساره

حول تاريخ داء الافرنج

توهم احد المؤلفين ان الشرقيين يطلقون على الزهري امم داء الافرنج لاعتقادهم ان فرنسة مصدر هذا الداء وانه قد انتقل منها الى الشرق فالف كتاباً ضخماً سمي هذا المرض فيه « داء الشرق » وقد نسي ان الامم الشرقية تسمي بكلمة الافرنجي الغربي مهما كانت جنسيته الاوربية وقد رغبتنا ان نقول كلمة في تفنيد ما جاء في هذا الكتاب من الاغلاط التاريخية وجمعنا وثائق تاريخية متعددة دعماً لما سنورده وبينافجح نعددتنا قرأنا لاحد اطباء الالمان (وهو افرنجي) مقالا متمماً يستخلص منه ان هذا الداء اميركي المنشأ كما بين حنا استروك طبيب لويس الرابع عشر الخاص والبرهان على ذلك :

١ — انتشار هذا المرض في الديار الغربية بعد كشف اميركا بسنتين اي سنة ١٤٩٤ وقد سماه الغربيون اسما متعددة فلقب بالداء الاسياني والبولوني والالمانى والتركي والفرنسي الخ وسماه الالمان داء الفرنسيين وسماه الفرنسيون انتقاماً داء الالمان والداء البابولي .

٢ — كشف تماثيل ومومياء اميركية تبدو عليها تشوهات شبيهة بالزهري

٣ — اصابة اللاما (Lama) وهي حيوان داجن في اميركا كمرض يشبه زهري البشر وانتقال هذا المرض منها الى الانسان . العكس بالعكس وكان هنود اميركا القديما مولعين باتيان الحيوانات فقد يكون داء الافرنج والحالة هذه قد انتقل من هذا الحيوان اليهم .

(١) مشاهدتان عن الرحي العذارية

للحكيم داود بنتواحد اطباء المستشفى الفرنسي في دمشق
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

المشاهدة الاولى :

السيدة أ . ر . ارمينية من مرعش عمرها ٢٥ سنة متزوجة منذ اربع سنوات لها ولدان ولدا ولادة طبيعية وهما صبيحا البنية . اصبحت في الاشهر الاولى من حملها الاخير بتفرت (في الحبالى) مستعص وتقرز من بعض الاطعمة وهزلت هزالاً سريعاً . واعتراها في الشهر الثالث سيلان مدمم . تقطع نصحبته بعض الآلام في اسفل البطن وحس حصر (angioisse) .

تبين من معاينتها ان بطنها اكبر من حالته الطبيعية وانه . ولم بالجلوس في الناحية المناسبة . للرحم . وان النبض مريع (١٢٠) والحرارة ٣٦,٥ وان عنق الرحم منفتح بعض الانفتاح .

فسرعنا التخلص بالتوسيع اليدوي ونظفنا وغسلنا باطن الرحم بالمحلول اليودي . وتبين من معاينة القطعة التي كانت معادلة بحجمها لمشيحة عمرها ٦ - ٧ اشهر عوضاً عن ثلاثة اشهر انه لافلقات (cotylédons) فيها وان منظرها شبيه بمنقود العنب ، محشو حويصلات حجمها كالحصاة وان فيها بعض اقسام مصابة بالموات ولم يكن اثر للجنين ومحة المرأة الآن حسنة .

.....

المشاهدة الثانية :

السيدة ل . س . عمرها ٣٢ سنة متزوجة ولودة ، ولاداتها السابقة طبيعية . بدأ حملها الاخير في شهر اذار سنة ١٩٢٥ وقد اعترها في سياقها خفقان وتقرت ووهن شديد . واصابها في الشهر الثالث سيلان احمر منقطع استمر شهراً ثم اسقطت وقدتين من الفحص على القطعة : ان حجم المشيمة كحجم قبضتين وان اتقاضها مستحيلة وان الحويصلات فيها

(١) الرحي العذارية ترجمة « môle hydatiforme » راجع هذه المجلة مجلد ٣ ص ٢٣٥

شبيهة بعناقيد العنب الصدفي ومملوءة سائلاً ضارباً الى الالبيضاض ولم يكن اثر الجنين •
فأجري التنظيف وغسل باطن الرحم بالحلول اليودي فشفيت المرأة •

•••••

ان هاتين المشاهدتين لا تخلوان من الفائدة لان حوادث الارحية العذارية
نادرة ومنهما يستنتج انه يجب الحذر من السيلان الاحمر الذي يصيب امرأة
حاملاً في اشهرها الاولى ولا سيما متى كانت الاعراض اشد مما هي عليه في
الاحوال العادية •

ويجب متى وضع التشخيص ان نخلص سريعاً وان نتظف الرحم ونغسل
باطنها بالحلول اليودي •



معالجة زكام الرضع

تمكن انجل (Engel) من اعادة الفشاء المخاطي المصاب بزكام مستعصٍ ناكس الى
حالة تقرب من حالته الطبيعية بتقطير محلول مركب من احد ملاح التوتيا بمزوجاً
بالكظرين الالفي • تقطر منه ٢-٣ قطرات في كل انف مرتين الى ثلاث مرات في اليوم

بحث تشريحي سريري في التقيحات المحيطة بالبلعوم وكيفية تشخيصها ومداواتها

« ٢ »

للحكيم عبد القادر سري

استاذ امراض الاذن والانف والحنجرة وعلم التشريح في المعهد الطبي

التدقيقات السريرية

نقسم التقيحات الواقعة حول الميزابة البلعومية من الوجهة السريرية قسمين
القسم الاول يتضمن التقيحات التي تستقر في المسكن الحشوي وهي على نوعين
خلفية وجانبية والقسم الثاني هو التقيحات التي تستقر حول محيط المسكن
الحشوي وتُصنف بتظاهرات بلعومية كتقيحات المسكن العقدي في العنق
واننا سنبحث في كيفية تكون كل من هذين القسمين مع علاماتها المرضية
واشكالها السريرية وانذارهما فنقول .

التقيحات التي تكون في المسكن الحشوي

هي على نوعين النوع الاول هو الذي تستقر به التقيحات وراء البلعوم
وتعرف بـ (التقيحات خلف البلعوم) واما النوع الاخر فهو الذي تستقر به
التقيحات الى جانب البلعوم وتعرف بـ (بتقيحات البلعوم الجانبية) وتسمى ايضاً
لانها واقعة تحت اللوزة وبوق اوستاكيوس (التقيحات تحت اللوزة والبوق)

التقيحات خلف البلعوم

يجمع الصديد في هذا النوع من التقيحات في خلاء ما وراء البلعوم
ويحده في وراء العمود الرقي والمضلات قرب الفقار والصفاق قرب الفقار

وفي الجانبين الصفايح التي تتركز على البلعوم بواسطة مناشيء الاوعية البلعومية وتمتد من العضو المذكور حتى القسم الانسي لنواقي الفقرات الرقية المعارضة الاسباب : تختلف الاسباب المرضية حسب الخراجات الحارة والباردة .
الخراجات الحارة : تنمو التقيحات ما وراء البلعوم في النسيج الخلوي او حول العقد البلغمية فيتكون منها تارة الفلغمون العقدي واخرى الفلغمون البسيط . وينشأ الفلغمون العقدي ما وراء البلعوم من الحفرتين الانفيتين وقطعة ما وراء الانف من البلعوم لان سببه التهاب عقدي (جيلت) البلغميتين . وقد ذكر (تروفورت) عن (مارك آندره) الذي وصف في اطروحته الاوعية البلغمية للحفرتين الانفيتين وراء القسم العلوي في البلعوم مجموعتي عقد بلغمية تتألف احدهما من عقدتين صغيرتين متوسطتين وتستقر ازاء الالتصاق اليفي القفوي الفهقي البلعومي والاخرى جانبية توجد امام الكتلة الجانبية من الفهقة على بعد سائمتين من الخط المتوسط .

وينصب في عقد المجموعتين المذكورتين الجذر العلوي من الجملة البلغمية الجامعة للحفرتين الانفيتين ولما كان الجذر المذكور ينشأ من القسم الجانبي العلوي لجدار البلعوم وعلى مقربة من فوهة بوق (اوستاكيوس) لم يعد شك في ما ذكرناه آنفاً عن نشأة الفلغمون العقدي من الحفرتين الانفيتين والقطعة ما وراء الحفرتين المذكورتين من البلعوم .

فجميع الآفات الالتهابية والقرحية سواء أكانت عادية ام خاصة بالحفرتين الانفيتين كداء الافرنج الارثي الذي يتصف بالزكام وبضخامة الاعضاء البلغمية والناميات نظيرة الغدة ورداءة الجسم العامة ، وابتلاع الرضيع

للمفرزات العفنية متى كانت مرضته مصابة بالتهاب القنوات البنية ، وقروح البطانة المخاطية للبلعوم كل هذا يسبب الفلغمون العقدي ما وراء البلعوم، ولما كان سبب الآفة المذكورة الأساسي الزكام الخلفي والهجمات المتتابة للناميات نظيرة الغدة ادى كل ذلك ايضاً الى وجود شبه بين هذه الآفة والامراض الاتانية التي تصحبها نزلة الطرق التنفسية العلوية كالنزلة الوافدة، والحصبه والذباح (دفترية) المستقرة في المنطقة المار ذكرها .

وعلى الرغم من ان هذه الآفة مختصة بسن الطفولة الاولى اي ما بين الشهر الثامن عشر والسنة الثالثة من سني الطفل فانها تصيب ايضاً كل الاعمار والمسنين وهي اكثر تقيحات ما وراء البلعوم الحارة وقوعاً وان لضخامة الاعضاء البلغمية في الناميات نظيرة الغدة شأناً خاصاً في كثرة حدوثها .

واما الفلغمون البسيط فسيبه تلحق الطبقة الخلوية ما وراء البلعوم التي تتخدش بالاجسام الغرية كالاشواك ، والاجسام المؤتفة ، وحسك السمك ، او استخراج تلك الاجسام الغائرة في النسيج البلعومي بدون ترو ، والجروح الحزبية ، والحروق والقروح الغذائية سواء كانت التهاية ام عائدة الى ورم خبيث كل هذا كاف لنفوذ الجراثيم في النسيج الخلوي ما وراء البلعوم وتغفنه .
الخراجات الباردة : — تقسم الخراجات الباردة ما وراء البلعوم حسب منشأها نوعين : الخراجات العقدية والخراجات العظمية .

تصادف الخراجات العقدية في جميع الاعمار ولا سيما في الكهول والمراهقين وقلياً تكون منفردة وانما يصحبها في الغالب تدرن العقد البلغمية الرقية الثلينة او نواسير العنق .

وأما الخراجات العظمية فتنشأ من نفوذ الأكوة السلية في الداء تحت القفوي أو النخرة السلية للفهقة والمخور في الطبقة الخلوية ما وراء العلوم وتكون الخراج فيها . وهي خاصة بالطفولة الثانية كما انها قد تكون في الاغمار المختلفة حتى في الطاعنين بالسن وقد صادفتها في ولادة من العمر اربع عشرة سنة كان مصاباً بخراج بارد ما وراء العلوم ناشئ من نخرة المخور .

العلامات المرضية : - لكل تقيح من التقيحات المذكورة حاراً كان أم بارداً اشكال سريرية تختلف باختلاف نشاط العامل الاتاني وسميته وباختلاف الاسباب ومناعة جسم المريض . غير ان لهذه الانواع علامات مشتركة تسمى (العلامات المشتركة ما وراء البلغوم) .

ولهذه العلامات حسب وصفها التشريحي ثلاثة اشكال علوي ومتوسط وسفلي ويقول (تروفر) و (مورستن) بان الشكل العلوي خاض بالخراجات الباردة العظمية التي لم تكتسب القوس الامامية من الفهقة ازاء الحفاف ويستثنى منها ما كان بعد الستين الرابعة والخامسة من عمر الطفل . وأما الشكلان الاخيران المتوسط والسفلي فيصعب تمييز احدهما عن الآخر والشكل المتوسط هو كثير الوقوع وميال الى الانتشار نحو القسم السفلي من البلغوم . ففائدة هذا التقسيم تنحصر اذن في الوجهة الفنية ليس غير .

الشكل العلوي : - يقع الاتباج فيه على الجانبين لا على الخط المتوسط لان البلغوم والقحف والفهقة متلاصقة في تلك النقطة وله نوعان من العلامات وظيفية وطبيعية .

العلامات الوظيفية : انسداد الانف الناجم من اتباج القطعة من وراء

البلعوم ، التنفس القمي ، الصوت الانفي المغلق ، الشخير حين النوم ، استحالة الرضاع متى كان المصاب رضيعاً ، زوال الشخير اذا ضغط الانف . واما اختلال البلع فهو قليل الظهور .

العلامات الطبيعية : اذا نظر الى الجدار الخلفي للقطعة ما وراء الانف من البلعوم بدا في جانبي الخط المتوسط ابتاج نازل حتى تحت سطح الحفاف المتقلص وقد تساعد المعاينة الخلفية للحفرتين الانفيتين اذا مكنتنا المريض من اجرائها على تعيين مقر ذلك البروز اما المس الاصبعي فلا يفيد فائدة تذكر ولا يمكننا من تحقق التموج في الورم وجل ما ندركه به ان تورماً ليناً كائناً في جانبي الخط المتوسط من الجدار الخلفي للقطعة ما وراء البلعوم فاذا التبس الامر كان البزل واجباً .

الشكل المتوسط : — كثير الوقوع وقلياً يكون منفرداً ولكنه يشترك مع الشكل العلوي وهو ميال الى الانتشار نحو القسم السفلي من البلعوم وله ايضاً كالشكل العلوي نوعان من العلامات وظيفية وطبيعية .

العلامات الوظيفية : — يتصف هذا الشكل بعسرة بلع آلية فقط فيشعر المريض في الزمن الثالث من فعل البلع بهذه الصعوبة واذا ازداد الابتاج الواقع في الجدار الخلفي من البلعوم فانعطف على قاعدة اللسان شعر المريض بوجود جسم اجنبي واعتبرته حركات بلع لا تنقطع ومتى انتشر الانسداد الى الطبقة العليا من البلعوم ظهرت علامات اخرى وهي انسداد الحفرتين الانفيتين ، والصوت الانفي المغلق .

العلامات الحكيمة : اذا فتح فم المريض نظر في الخط المتوسط من الجدار

الخلفي للبلعوم بروز واضح شعرت الاصبع التي تمسه بالتموج . والمس الاصبعي في الاحداث والكحول متى كانوا مصابين بخراج بارد ما وراء البلعوم سهل للغاية ولكنه في الطفل يستدعي الحذر لانه يسبب نوب اختناق قد تنتهي بالموت الشكل السفلي : - يتصف هذا الشكل بعسرة البلع والتنفس في اثناء الشهيق مع صوت صوري (cornage) ومتى اشتدت الافة بدا السحب (tirage) ايضاً وقد تطراً متى ازداد حجم الخراج نوب اختناق وتشنج المزمار واما عنق المريض فيبدو فيه الغضروف الدرقي مندفعاً الى الامام وبارزاً تحت اللحف ويرى الدوران الجانبي بالشفوف . واذا مسكت الحنجرة بين السبابة والاهاام وحركت حركات جانبية لم تسمع الفرقعة الحنجرية الفقرية الطبيعية وهذا دليل على ان زلة (ضيق نفس) شديدة تصيب المريض . وقد يصحب بعض الخراجات ولا سيما الكبيرة الحجم تعجن عميق يستقر في الميزابة الجانبية الحشوية ولا يمكننا المس الاصبعي في هذا النوع اذا لم يكن ناجماً من انتشار الشكل المتوسط من تحديد المجمع الصديدي وان معاينة الحنجرة وحدها اذا ساعدت حالة المريض على اجرائها تمكننا من تعيين الارتشاح ودرجة ضغطه لفوهة الحنجرة .

الاشكال السريرية

الفلمغونات العقدية ما وراء البلعوم : - تظهر الفلمغونات المذكورة بأحوار ثلاثة يمتاز كل منها بعلامات خاصة هي دور الابتداء ودور الصولة ، ودور التقيح .

دور الابتداء : - يتصف هذا الدور في الفلمغون العقدي ما وراء البلعوم

بعلامات ليست سوى العلامات الخاصة بالآفات الانفية البلعومية العادية فتعزي الطفل هجمة حمى خفيفة يعقبها صراخ وتلمل وتعب في اثناء النوم وشخير وبعض الصعوبة في اثناء البلع متصفة برفضه للغذاء . ومتى عوين الطفل تين ان مادة مخاطية قيحية قليلة تسيل من انفه وان في بطانة البلعوم المخاطية احمراراً منتشرأ وانها مغطاة بطلاء مخاطي قيحي يحتاج وراء الحفاف في اثناء تقلص هذا العضو بسبب صراخ الطفل او بالفعل المنعكس الذي يقع حين استعمال خافض اللسان .

وقد يتصف هذا الدور ايضاً في الاطفال متى تقدموا في العمر على رأي (غرسيه) و(تروفرت) بعلامات الزكام الخلفي وهي : الصداغان الصدغي والحشائي ثم الصداغ القفوي . فيتبين من ذلك انه ما من ميزات تذكّر تميز هذا الدور بل اذا ظلت الافة سائرة سيرها وانتجت العقد البلغمية ظهر المشهد السريري حيثئذ واضحاً كل الوضوح .

دور الصولة : يتصف الدور المذكور سريراً باجتماع علامات الشككين المتوسط والعلوي المار ذكرهما والعلامات العامة العائدة الى شدة سمية الافة . والحقيقة انه لو فتح فم الرضيع ودقق فيه شوهد ان الفلغمون العقدي يظهر ما وراء البلعوم بشكل خاص اولاً في تجويف الفم ثم تنعكس العلامات الالتهابية حول العقد الى فوق نحو الطابق العلوي من البلعوم .

فتصيب الطفل حينئذ عسرة بلع مؤلمة ويكون منظره مؤثراً يدعو الى الشفقة والحنان فانه يلتهم الثدي اولاً لان الجوع يعضه بنابه فيمتص منه قليلاً ويجرب ان يتلع اللبن الذي امتصه فلا يقوى على ابتلاعه فيترك الثدي ويلقي

رأسه الى الوراء صارخاً معولاً .

ثم يزداد الشخير الذي اعترى الطفل في الأَ دوار الابتدائية ويبدأ النفس الغمي بالظهور فيظل فم الطفل مفتوحاً ومن صفات هذا الشخير انه يزول متى ضغط المنخران ويتحول لحن الصوت الى لحن انفي مغلق وقد شبهه (دويارق) و (لا بريق) بالبطبطة (صوت البط) ويتصل بهذه العلامات بضع علامات اخرى دالة على وجود الألم في البؤرة المرضية وهي تقلصات الوجه تقلصاً مؤلماً وتقلص العنق الذي قد يظهر تارة كأنه اجل حقيقي .

لا يبدي لنا الفحص على النواحي المجاورة للبؤرة المرضية في هذا الدور علامة ما الا انعكاس الآفة على عقد العنق البلغمية التي تتضمن في بعض الحالات بل يشاهد في الجدار الخلفي من البلعوم انتباج يستره غشاء مخاطي احمر اللون مطلي جاف لان الطفل يتنفس بفيه فقط وهذا الانتباج عجيني اللمس قليل المقاومة وذمي لا يقع على الخط المتوسط تمام الوقوع بل يميل الى النصف الموافق لمجموعة العقد المصابة من جدار البلعوم . ويندر مع هذا كله ان ينجلي هذا الدور لعين الطبيب المستقصي انجلاءً واضحاً لان العلامات المرضية تشتد بعد اربع وعشرين او ثمانين واربعين ساعة فترتفع الحمى حتى (٤٠ °) مئوية ويصغر النبض ويصبح لون الوجه رصاصياً ويضعف الجسم بسرعة الامر الدال على تكون الخراج ما وراء البلعوم .

دور التقيح : تشتد في هذا الدور العلامات الوظيفية فلا يعود الطفل قادراً على الرضاعة والبلع بل بقي اللبن الذي امتصه في فمه ثم يستنشق في أثناء الشهيق الذي يعقب صراخه فيصاب بالسعال النوي الانعكاسي الذي قد

يصحبه التشنج المشؤوم ويفضي هذا كله ايضاً الى الخواء .
وعدا هذا تنتشر الآفة الى القسم السفلي من الباعوم فتظهر زلة حنجيرية وصوت
صوري وسحب . وقد تصحب هذه العلامات نوب اختناقية وتشنج
المزمار الوحشية التي تسوق الرضيع الى الموت . واما العلامات الطبيعية
فهي خسوف الوجه التسمي والازرقاق الناجم من قصور التنفس وتصلب
أوردة العنق وتزداد في هذا الدور ايضاً اقطار العنق ويبرز الغضروف الدرقي
من الحنجرة وينجم من التضيق الذي يقع ازاء هذا الغضروف عسرة في النفس
وآلم فيه وأهم علامة يتصف بها هذا المرض هي التموج الذي يشعر به الطبيب
المستقصي بالمس الاصبعي فيدعوه الى التوسط الجراحي وافراغ الصديد .
وان افراغ الخراج من الصديد يشفي الرضيع شفاءً عاجلاً بعد زهاء
(٤٨) ساعة فيكون كمن يبعث من الموت . واما ترك الخراج وشأنه فيفضي الى
نتائج وخيمة وما النهاية الحسنة التي رويت في بعض الحالات الا نادرة لان
انبثاق الخراج من تلقاء نفسه يسبب عوارض الاختناق الفجائي تارة وطوراً
النكس المهلك .

وصفوة القول ان خراجات ما وراء الباعوم تنتهي دائماً انتهاءً لا يحمل على
الرضى فهي اما ان تؤدي الى الاختناق التدريجي والذنف وتقود الرضيع الى
الهلاك او ان تحدث بعض العراقل المميتة كتشنج المزمار والتهاب الشعب والرئة
والتهاب المنصف القيجي والتهاب الغشاء المستبطن القيجي المسبب من انتشار
الصديد بطريق الطبقة الخلوية الواقعة وراء المريء وربما افضت هذه الآفة الى
احداث بعض التغير في اوعية العنق الكبيرة كالقروح التي تلوها انزفة فجائية

ميتة . وذكر (تروفرت) عن (برواردل) ان الموت الفجائي بالتهمي العصبي الناجم من تخرش الليفيات الحسية للبطانة الخنجرية والبلعومية ممكن الوقوع حتى متى كانت الخراجات صغيرة الحجم ولكن (تروفرت) لم يعأ بهذه النظرية كثيراً لأنها تحتاج الى بحث وتدقيق .

والفلمغمون العقدي ما وراء العلوم اشكال اخرى كالشكل الفغبريني والشكل الخفي التابعين لشدة سمية العامل الاتاني كالمكورات العقدية واللاهوائية واما الشكل الساقط فهو عبارة عن الشكل الذي ينتهي بالانجلال لا بالتقيح .

الفلمغونات خلف العلوم : تتميز الفلمغونات المذكورة باسبابها وبكونها تتسع اتساعاً آنياً أكثر مما تظهر بتظاهرات النهاية وتبع بنموها وانذارها ايضاً شدة تأثير العامل المسبب ويزداد انذارها وخامة كلما اتسعت الآفة ليس في هذا النوع شكل علوي واذا وجد فيكون منفرداً واما الشكلان الاخيران المتوسط والسفلي فيجتمعان معاً .

الانذار : اذا أفرغ الخراج في حينه كان منه الشفاء في الغالب لان ترك الخراجات وشأنها أشد وخامة من معالجتها فقد اثبتت تروفرت بالاحصاءات ان معدل الوفيات في الخراجات التي تعالج (١٥ - ٢٠) بالمائة وانه في الخراجات المعلقة او المجهولة (٩٥) بالمائة .

الخراجات ما وراء العلوم الباردة : تظهر الخراجات الباردة ما وراء العلوم عقدية كانت ام عظمية باشكال مختلفة نظراً الى علامات خلف العلوم المشتركة ولكن هذه العلامات المشتركة اكثر وضوحاً في النوع العقدي منه في العظمي

لان الآلام العصبية تحت القحف وتصلب العنق التي تشاهد في اثناء تكون داء (بوت) تحت القفا تتقدم الخراجات العظمية المنشأ ويجلو الامر في بعض الحالات الغامضة استجواب المريض والتدقيق في احواله السابقة فتكشف بعض امارات ترشد الى وضع التشخيص ونقص حركات العنق او زوالها وحدوث الألم حين الضغط بالاصبع ازاء الارتكاز القحفي للرباط الرقي الكبير وأشعة رونتجن كل هذا يسهل تشخيص داء بوت . وقد يطرأ على الخراجات الباردة بعد انفتاحها او بزلها تعفن حاد لدخول بعض الجراثيم القيحية واشتراكها مع عصبية كوخ فتقلب الخراجة الباردة الى خراجة حارة وتضاف الى اعراضها الاعراض العامة الخاصة بالخراجات الحارة ولكن هذه الاعراض تبقى خفيفة

(للبحث صلة)



(١) كسور الكعبين

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان المريض المضطجع في السرير العاشر من قاعة ابن القف قد أُجريت
عمليته على مرأى منكم لانكسار عنق قدمه . فقد انهار حائط عليه منذ عشرين
يوماً ودخل مستشفىنا وهو مصاب : ١ - بكسر معرّض في جسي الطنبوب
والشظية الايمن نضرب صنحاً عنه لانه ليس موضوع بحثنا في هذه المحاضرة
٢ - بكسر معرّض في الكعب الانسي الايسر محدثاً بعض الانفراق بين
الكعبين وكسراً دالياً في الشظية .

وكانت قدمه كما يقع في حالات كهذه صنفاء «valgus» منحرفة ومدارة الى
الوحشي ومنخلعة الى الوراء وكان رد هذا الكسر صعباً (وليس في صعوبة الرد ما
يعجب وقد مرّ على وقوع الكسر عشرون يوماً) وضبطه بعدرده أصعب .
ويدخل هذا الكسر في زمرة كسور الكعبين التي تستدعي التوسط الجراحي
وقد اجريناه وفقاً للطريقة التي وصفناها لكم منذ هنية . وثبتنا العضو بعدئذ
في جهاز داله الجبسي منتظرين الالتئام .

واننا الآن نغتنم هذه الفرصة لنحادثكم عما يترتب عليكم ان تحفظوه في ممارستكم
عن « الكسور الكعبية » التي نشاهد منها عدداً عديداً تفاوتت درجات شدتها .
يقال لكم في التشرّيح : ان المفصل الطنبوبي الرسني فرضة (mortaise)

وان عظم الكعب هو القسم الداخل فيها والفرصة في عرف النجارة ثلثة مربعة او قائمة الزوايا لها جدار علوي وجداران جانبيان وجدار امامي وجدار خلفي . فالجدار العلوي في المفصل الذي نتكلم عنه مؤلف من الوجه السفلي لنهاية الظنبوب والجداران الجانبيان من الكعبين الانسي (الظنبوبي) والوحشي (الشظوي) واما الجداران الامامي والخلفي فهما مؤلفان من التفلطح المقعر الذي تنفلطحه نهاية الظنبوب في الامام والوراء وهو في الخلف اكثف منه في الامام . وهذا ما يحدد في الورا والامام حركات عظم الكعب ويمنع انخلاعه ويكون بمثابة كعبين احدهما امامي والآخر خلفي وهو أهم كثيرأ من الامامي وقد سمي بهذا الاسم منذ اعمال داستو (Destot) . وكل كعب من هذه الكعوب الاربعة ينكسر بالرضوض المتنوعة التي تقع عليه على انفراد او مصحوباً بأفات اخرى اكثر تساعاً وهذا ما يدعونا الى تمييز :

كسور الكعب الوحشي	كسور الكعب الانسي
« « الخلفي	« « الامامي

وكل كسر من هذه الكسور قد يصحبه كسر آخراو كسران فيتألف من هذا الاجتماع كسور اشهرها كسور ديتران وكسور الكعبين صحبتها ام لم تصحبها كسور الحافتين الامامية والخلفية .

وقد بينت الاشعة تنوعات هذه الكسور العديدة واما آلياتها فتعرفونها من الوصف الذي اثبته المؤلفون القدماء كديتيران ومازوناف وتيو غير ان قدم الشخص التي تعلق بحفرة وهو يركض فتكسر لا يشابه كسرها كسر قدم حثة هامة قلت بعد تثبيتها في ملزم (étau) كما كان يحدث هؤلاء المؤلفون

هذه الكسور ولا بد من التفاوت بين كسر يقع اثر زلة قدم او سقوط من سلم تكون العضلات قد تقلصت في اثنائه وبين الافات التي تحدث في ظنبوب معرى ضغط وفقاً لاتجاه معين حتى انكسر . وانه ليصعب على الجريح الذي أصيب بهذا الكسر ان يصف الاوضاع التي مر بها حين السقوط واذا ألححنا عليه اجاب كما نريد ان يجيب لا كما هي الحقيقة وبعد معرفة ما تقدم يجب ان نميز ١ - الكسور التي لا يصحبها تبدل في القدم ٢ - الكسور المصحوبة بتبدل الكسور غير المصحوبة بتبدل: تشابه اعراضها اعراض الوثي (entorse)

ويعود الفضل الى الرسم الذي كشف هذه الكسور في جميع الحالات التي لم تكن الا وثنياً في عرف القدماء

١ - كسور الشظية الواقعة في السنمترات السبعة او الثمانية السفلى منذ قمة ميزابة الشظويات حتى رأس الكعب .

و بعض هذه الكسور يقع عالياً فلا يصيب الكعب غير ان المؤلفين لا يزالون يذكرونه في هذه الزمرة وهو في الغالب مائل من العالي الى الاسفل ومن وراء الى الامام وقد يكون ناقصاً ولا يظهر الا في الرسوم الجانبية .

وبعضها يقع في الاسفل ويكون تاماً او ناقصاً وهو مائل بعض الميل او معترض ويصيب الكعب فهو اذن كسور كعبية حقيقية .

٢ - كسور الظنبوب : نادرة تصيب الكعب ودائرة المشاشة فتشقهما وتقتلعهما وتكسرها ومنها كسور الكعب الانسي والكسور الاسفينية الشكل المتنوعة الاتساع الواقعة في الكعب الخلفي واقتلاعات الحافة الامامية المتفاوتة الاهمية .

٣ - كسور عظمي الساق : تنحصر الآفة في الكعب الانسي اما كسر

الشظية فيختلف مقره كما في كسور هذا العظم وحده وخط الكسر قد يكون شديد الميل وواقعاً فوق الكعب او يكاد يكون معترضاً وواقعاً في الكعب نفسه وان انكسار الكعبين معاً عند قاعدتهما يسمى الكسر الكعبي المزدوج الحقيقي قلما تشخص هذه الكسور المزدوجة التي لا تبدل فيها لانه يجب توصلاً الى التشخيص ان يكون مع الألم المستقر في نقطة معينة مناسبة لخط الكسر تبدل في شكل المفصل سببه الانصباب الدموي وان الدم المنصب في المفصل برهان واضح على خط كسر واقع في المفصل فيجب ان يفتش عن خط الكسر هذا بالضغط أو برأس قلم كما كان يفعل الاستاذ مينيون فيستدل بمسير الألم على خط الكسر ويسهل حينئذ رسمه على ورقة ويثبت الرسم الكهربي بعدئذ او ينفي ما رسمه غير ان هذا الألم الحاد يزول بسرعة بعد ٣ - ٥ ايام ويفقد دلالاته

فما هو انذار هذه الكسور يا ترى ؟ ان بعض المصابين يشفون بعد ١٥ - ٢٠ يوماً وبعضهم يبقى اكثر من ذلك ريثما يستعيد وظيفة مفصله والبعض الآخر يبقى طول حياته وفي مفصله بعض الصلابة والألم . تنوع اذاً الحالات بالنسبة الى الاشخاص . وان ما يعيد انذار هذه الكسور وخيماً هو تبدل السطوح الغضروفية او قصور الدشبذ عن التكون او التهاب المفصل الجاف الذي يعقب انصباب الدم في المفصل او الضمور العضلي . فيجب اذاً ان يحترس في لفظ الانذار متى وقع الكسر في الكعبين او في حوافي مشاشة الظنوب . اما المعالجة فتقوم بالراحة والتضميدات الحارة مدة ٣-٤ ايام تخفيفاً للألم ثم بلع الرجل بالقطن والحمامات والتحرريك الفاعل الذي يجب ايقافه متى ظهر الألم . ولا يجوز التمسيد الذي يؤدي الى تكون زوائد عظمية مؤلمة لان الحركات

الفاعلة تقوم مقام التمسيد

وبعد مضي ٣١ - ٣٠ يوماً يسمح للمريض بالمشي ويستحسن في بعض الحالات ان يثبت بجهاز داله مدة ١٥ يوماً تحاشياً للتبدلات الثنائية وتكون الدشابذ المولمة .
الكسور المصحوبة بتبدل : يظل المريض فيها مقعداً اذا ترك شأنه ووخامة الآفة سببها تشوش الموازنة الناجم من تبدل القدم على محور الساق ولكن قبل ان تتجاوز هذه النقطة يترتب علينا ان نين اهميتها لان هذا التشوش قد يقع في الوثي ايضاً الذي يظهر سليماً في بدئه ووخياً في نتائجه وهذا التبدل هو انفراق (diastasis) الكعبين ومعناه اتساع الفرضة بسبب استرخاء الربط الظنبوبية الشظوية او انقطاعها ويجب ان نعلم كيف تتحرى انقطاع الربط هذه المؤهل لتقلل عظم الكعب في المريض وكيف نكشفه في الرسم .

ان الالم حين ضغط الربط يدلنا من الوجهة السريرية على ان هذه الربط قد شددت او تمزقت فيجب اذن ان تتحرى تحرياً دقيقاً توسع الفرضة المفصليّة فاذا رسم المفصل من الامام وكان الانفراق موجوداً غطى ظل حدة الظنبوب الامامية ظل الشظية اقل مما يغطيه في الحالة الطبيعية او لم يغطه مطلقاً .
فيستنتج من هذا ان الفسحة الواقعة بين الحدة الخلفية والشظية اوسع مما هي عليه في الجهة السليمة . وينقلب عظم الكعب ويمحو احساء كاملاً او بعض الاعضاء الفسحة الثيرة غير المنتظمة الواقعة بين الظنبوب وعظم الكعب .

هذا ما يقال في تشخيص الانفراق اما تقلل عظم الكعب فيتحرى بأخذ قسم الساق السفلي باليد اليسرى بينا اليد اليمنى تثبت الرسغ الخلفي فاذا ميا حركت الساق الى الوحشي وعظم الكعب الى الانسي . او اجريت بحركة

معاكسة لهذه يشعر بصدمة جافة وما ذلك الا لان وجيه عظم الكعب قد اصطدم بوجيه الكعب (malléole) وان تحقق هذا التقليل يدعونا الى الاحتفاظ بالانذار الذي قد يكون وخيماً . غير ان هذا العرض لا يبدو واضحاً الا متى زال التققع (contracture) المصاحب للحالة الحادة في الايام الاولى .

وان الرض الذي يفرق السطوح العظمية ويوسع الفرضة هو اوخم كل الرضوض عاقبة .

يضع عظم الكعب ثباته ويتقلقل بين الكعبين وينقلب ويمحرف القدم الى احدى حافتيها . واذا كان الانفراق اقل وكان تقلقل عظم الكعب أخف افضى الجهاد العضلي الذي لا بد منه حين المشي لتثبيت القدم وحفظ موازنتها الى التعب السريع . وبعد ان جئنا على ذكر هذا العرض الخطر الذي يترتب علينا ان نتعراه في جميع رضوض عنق القدم نعود الى الكسور المصحوبة بالتبدل .

قد يكون الكسر في كعب واحد او كعبين او ثلاثة كعوب ويختلط بانفراق كما في كسري ديتران ومازوناف فيقع التبدل حينئذ الى الوحشي أو الانسي أو الخلف أو الامام حسب اتجاه العامل الذي افضى الى كسر جدار المفصل ويقع التبدل الوحشي اكثر من سواء ويكون الكسر في الحلمات البسيطة عند النهاية السفلى للشظية فتميل القدم الى الوحشي دون ان يدور عظم الكعب على محوره وكلما ازدادت شدة العامل الكاسر اضيف الى كسر الشظية او الكعب الانسي او الكعبين معا انفراق العظمين فينقلب وجه عظم الكعب العلوي الى الانسي وتعرض زاويته الانسية بين الظنبوب والشظية فيتكون فحجج (valgus) في القدم متفاوت الشدة وقد يشترك التبدل الى الوراء بالتبدلات

الآفة الذكر ويتضح هبوط القدم جيداً متى كسر الكعب الخلفي او متى وقع كسر اسفني كما كانت الحالة في مريضنا فان قطعة الكسر كانت مؤلفة من الكعبين الانسي والخلفي وجسم العظم فتكونت ثلثة مربعات بها عظم الكعب الى الوراء وان انخلاع القدم الناجم منها قد يصعب جداً ضبطه بعد رده

اما تبديل القدم الى الانسي فنادر . وأندر من هذا انخلاع عظم الكعب الى الامام متى كانت القطعة الامامية المنفصلة جسيمة . فان ضبط القدم بعد الرد صعب للغاية غير ان القطع في جميع انواع هذه الكسور صغيرة في الغالب وتندمل اندمالاً معيماً وتسبب نمواً زائداً في العظم يعوق العطف

ان جميع ما قلناه عن الكسور التي لا يصحبها تبديل وعن مستقبل الجرحى المصابين بها ينطبق تمام الانطباق على الكسور المصحوبة بتبديل لابل انذار هذه الكسور اشد وخامة من تلك ويجب الا نتسرع في لفظه . ولا سيما متى صحب كسور الكعبين كسر في سقف طبق الظنوب

فما هي المعالجة يا ترى؟

يترتب عليكم ان تردوا الكسر المصحوب بتبديلهما كان تبديله خفيفاً ويتسنى لكم ذلك بتحريك القدم حركة معاكسة للطريق الذي اختطته بلوغ حالتها الحاضرة . ويجب ان يسرع في الرد ما امكن بعد وقوع الكسر مباشرة وقبل زوال الوذمة . لان الرد يسهل كلما بكر في اجرائه . تبدأون اولاً بجذف التفتع العضلي الذي يزعجكم بالتخدير وخير طرقه التخدير القطني لان القطع العظمية في سياق التخدير العام بالاستنشاق قد تثقب الجلد متى جاء زمن التنبه السابق لزمن الاسترخاء . واذا خدرتم المريض تخديراً

عاماً يجب ان يمتد زمن التخدير حتى انجاز الجهاز الجبسي .

ومتى استرخت العضلات ترحون القدم الى وضعها الصحيح وتحققون انها قد ردت حسناً ومتى كان الكسر مفرداً سهل الامر لان المعالجة تقوم باصلاح الفحج (valgus) متى كان الانفراق (diastasis) موجوداً وبوضع جهاز جبسي عشرين يوماً . ويفضل البعض الميزة الجبسية ويدلون بها بعد ١٥ يوماً بجهاز دالبه . ويستحسن البعض الآخر وضع دالبه منذ البدء وكل هذا عائد الى حالة الكسر . ويشير سافارين بابلاغ التقويم ابعد من حده الطبيعي كل مدة التشيت واما متى كان الكسر مشتركاً بكسور اخرى وكانت القدم هابطة الى الوراء والانفراق موجوداً وهذا ما يقع في الغالب فتؤخذ القدم بيد وتجعل زاوية قائمة ثم يشد العقب كما في نزع الحذاء من الرجل فتصلح هذه الحركة التي يشير بها دستو (Destot) الخلع الخلفي . ثم تجعل القدم في حالة رَوَح (varus) مبالغ فيه إصلاحاً للفحج وتعطف القدم عطفاً غنياً «الى الامام» على الساق ابقاءً للرد اذا قضت الضرورة بذلك .

وبعد ان تتحقق ان الكسر قد رد بوضع جهاز جبسي وبينما ننتظر جفاف الجبس تشد احدى يدينا العقب الى الامام وتضغط راحة يدنا مشاشة الجانب السفلي الى الوراء معاكسة للحركة الاولى . وتقرب راحتا اليدين الكعبيين احدهما من الآخر ملافاة للخشكريشة واصلاحاً للانفراق لكي يعود الملقط الكعبي الى مقاييسه الطبيعية . ولا تترك القدم ولا سيما العقب قبل ان يجف الجبس ويصلب صلابة كافية . وتكفي هذه الوسطة في الغالب لرد الكسر زداً حسناً وضبطه يراقب هذا التقويم بالرسم الكهربائي ت متعددة في الايام المقبلة ويبدل

الجلبس متى خفت الوزمة واتسع الجهاز والحد الاقصى للشفاء ٦ - ٧ اسابيع .
اما الرسم الامامي الخلفي فستنتج منه ان الفحج قنـداصلخ متى كان
الحلاء النير بين الظنبوب وعظم الكعب منتظماً وان الانفراق قد زال متى كان
المفصل الظنبوبي الشظوي سليماً

واما الرسم الجانبي فيبين لنا تبدل عظم الكعب الى الوراء واذا لم يكن الرد حسناً
وجب ان يعاد العمل واذا خاب الرد ثانية كان التوسط الجراحي واجباً وهو يقوم:
بتأليف عظم (ostéosynthèse) الشظية متى كان كسرها عالياً (احاطتها بشریطة
معدنية او وضع صفيحتين معدنيتين واحاطتهما بشريطتين) واما متى كان الكسر
واطياً او الانفراق مستمراً فيفضل ضبط قطع العظم بالبرغي او تسميرها .
يضبط الكعب الانسي بالبرغي او يسمر متى وقع الكسر فيه ويضبط الكعبان
بالبرغي او يسمران ايضاً متى وقع الكسر فيهما
وتنزع الشظايا الصغيرة متى وقع الكسر في الكعب الامامي او تضبط
بالبرغي متى كانت القطعة كبيرة .

ويضبط الكعب الوحشي بالبرغي ايضاً متى لم يكن سبيل الى ضبط الرد
بالمطف العنيف الى الامام وهذا ما اجرناه لمريضنا .

لقد كان بإمكاننا ان نعيد القطعة الخلفية الى مكانها بتأثيرنا في الكعب الانسي
المنكسر مباشرة غير ان اثر السحجة التي رأيناها على الجلد دعنا الى ترك هذه الطريقة
وان الوصول الى القطعة الخلفية .تيسر لنا بطرق عديدة منها طريقة يـكـو
الذي يقطع الدائرة (وتراخيوس) او طريقة الغلاف الذي ينشر العقب ويرفع
ارتكاز الدائرة وبعد ضبط القطعة الخلفية المنكسرة يعود الى ضبط قطعة العقب

الذي نشره ايضا بيرغي . غير ان الحشكر يشة الواقعة في اخمص القدم منعنا عن اختيار هاتين الطريقتين . فلم يبقَ لنا سوى طريقة غائليه شاستنج الذي يمر من الوحشي وهي الطريقة التي اجريناها فقد شققنا الجلد خلف الحافة الوحشية للشظية وشققنا غمد العضلات الشظوية وحررنا الاوتار ودفعناها الى امام الشظية وبسطنا القدم بسطا عنيفا . وبعد ان جردنا الوجه الخلفي للظنبوب دفعنا الدائرة الى الخلف واوتار العضلات الخلفية العميقة . فظهرت القطعة الخلفية فحررناها ورددناها وضبطناها بيرغي خرقها ودخل المشاشة . ان هذه الطريقة لا تبدو بها ساحة العملية واضحة كما يجب . فضلا عن ان ردا القطعة الخلفية التي بدأ دشبدها بال تكون كان شديد الصعوبة ولم يرضنا الرضاء التام . وعلى الرغم من هذا كله فان موازنة القدم قد ثبتت ثبوتا خسنا واننا نؤمل ان النتيجة الوظيفية ستكون حسنة ايضا اذا لم تطرأ طوارىء غير منتظرة ولو كانت النتيجة التشريحية ليست تامة كما لو كان الشخص قد أتى به وكسره لا يزال حديثا .

وقبل ان انهي كلامي معكم لا بد لي من كلمة وهي انه متى جاء الشخص بعد اندمال عظمه اندمالاً تاماً وتكون دشبده العظمي كان كسر العظم جائزاً ويكسر العظم في مكان الكسر القديم وترد القطعة رداً حسناً ما امكن ونضبط بيرافي

وفي حالات اخرى اسوأ من هذه يلجأ الى استئصال عظم الكعب كما ان من الحالات ما يستدعي البتر .

هذه هي المعلومات التي يترتب عليكم معرفتها عن كسور الكعبين .

اربع وعشرون حادثة كسر بمرام نارية في الفكين

للحكيم غوستاف جينستاي احدا ساذة شعبة طب الاسنان
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

قيض لنا ونحن في دمشق سنة ١٩٢٦ اذ كنا في المستشفى العسكري
معاوناً لجراحه ومتولياً لشعبة طب الاسنان فيه ان نرى جميع جرحى جبل الدروز
ونواحي دمشق وقد عاجلنا في تلك الاثناء معالجة اولى ٢٤ حادثة كسر في
الفكين منها ١٧ في الفك السفلي وه في الفك العلوي و٢ في الفكين معاً .
وان الحركات العسكرية التي قامت بها جنودنا في تلك السنة كانت شديدة
الاتساع لم نغم بمثلها منذ الاحتلال ولا سيما بعد حروب سيليسيا . وكان جيشنا
قبلها قليل العدد وكانت المعدات الصحية قليلة ايضاً ولا سيما في دمشق التي لم
تشهد حرباً بعد سفر الامير فيصل فان حاميها كانت قليلة وشعبة طب الاسنان
فيها لم تكن سوى غرفة صغيرة فيها من المعدات والادوات ما يكفي لمعالجة الامور
الابتدائية . كانت حالتنا كذلك في اواخر سنة ١٩١٥ حينما نشبت الثورة
ودعينا الى معالجة كسور الفكين التي يدور عليها بحثنا الان

ولهذا اضطررنا ان نوجد ما كان ايجادهم تيسراً لنسعف به جرحانا الاسعاف
الاول ونبعث بهم بعد ذلك الى بيروت (الى شعبة الطيب الماجور فالكس
جينستاي) او الى فرنسا او ان نعمل على معالجتهم حتى النهاية متى كانوا من
السوريين الذين لا يرغبون في ترك بلادهم .

اننا سنورد اولاً المشاهدات مفصلة ومرتبطة انواعاً ثم نستنتج منها النتائج

من الوجهتين العلمية والعسكرية لان الشفاء والاقعاد امران لا يجب ان يغربا
عن ناظرنا ابداً .

المشاهدات : استشفى الجرحى الذين يدور بحثنا عليهم في شعبة الجراحة
التي كان يديرها اولاً الحكيم الماجور بوترو روسل فالحكيم الاستاذ لومر كل
فالحكيم الماجور ميشيل وقد حققوا جميعهم بالمصل المضاد للكزاز
١ - كسور الفك السفلي

١ - الكسور التامة

المشاهدة الاولى : المدعوب . عريف من فرقة الرماة العشرين استدعي للخدمة
فحاول الانتحار واطلق عياراً نارياً على نفسه في ٢٠ آب سنة ١٩٢٦ ودخل المستشفى
في ٢٣ منه .

التشخيص : كسر الفك السفلي برمي لوبل (Lebel) فوهة الدخول في الناحية تحت الفك
اليسرى في منتصف المسافة الواقعة بين الذقن والزاوية وفوهة الخروج في الخد اليسر .
انحراف الذقن الى اليسار ، تشوه الانعطاق ، افتتاح الفم المشبه لفم «مرتل القرية» انتباج
كبير في الناحية ، كسر السن السادسة (الرجي الاولى) اليسرى السفلى



الرسم - ١



الرسم - ١

الرسم الكهربي في ٢٤ آب سنة ١٩٢٦ اظهر كسراً متصفاً مشطياً في الشعبة الافقية
اليسرى حذاء الاسنان الرابعة والخامسة والسادسة اليسرى (الضاحكين والرجى الاولى)

وكانت قطعة الدردرية ^(١) في مكانها غير أن القسم المتوسط كان مخرباً ومشطى وكانت حافة العظم السفلي منفصلة على بعد ٣ - ٤ سمتمترات .

المعالجة : أ - تنظيف الفم

ب - اخراج السن الرابعة اليمنى العليا (الضاحك الاول) لاجل التغذية

ج - ربط الفكين احدهما بالآخر .

غسل الفم بمحلول دكان المخفف، وضع انبوب مطاط للغسل بالماء المغلى او الماء المحمض وتنظيف الفم .

مس مكان الربط بمحلول زرقة المثلين المثوي، تغذية المريض بمواد سائلة: دوق ، حليب مضاف اليهما بيض في، عصير اللحم ومسحوق فاريه .

١٠ تشرين الاول ١٩٢٦ - فتح فم المريض، الاندمال ناقص، اغلق ثانية احتياطاً .

٢٢ تشرين الاول ١٩٢٦ - فتح الفم فتحاً نهائياً، رسم الفك فتبين ان الشظايا المجمعة وان القطع حتى المتباعدة منها قد اندمجت وتآلفت بعامل التمعظم (ossification) وان الفراغ مليء او كاد .

٢٥ تشرين الثاني ١٩٢٦ - استخراج الرجي الاول اليسرى المتقلقلة والمنكورة .

٢٩ تشرين الثاني ١٩٢٦ - ارسل الى فرنسا نظراً الى البواعث التي حملته على الانتحار

المشاهدة الثانية: ش . - احد نواد الخيالة، شركسي عمره ٣٥ سنة (٢)

جرح في ٣ كانون الاول سنة ١٩٢٥ بمرم ناري

دخل المستشفى في ٥ منه

التشخيص - كسر الفك السفلي بين التثنيتين الاولاديين اليسرى: اليمنى بمرم ناري

فوهة دخوله حذاء الحفرة فوق الذقن وليس له فوهة خروج

تراكب خفيف وتحرك القطعتين انطباق غير طبيعي عجز الفك عن الوظيفة

(١) الدُرْدُر ترجمة (alvéole) وهو اصح من السنخ على ما نرى جاء في المختص :

الدردر او الدردور مغرز الاسنان في العظم والسنوخ واحدها السنخ هي اصول الاسنان

الفائبة في اللغة» فالدردر أدنى بمعنى الكلمة الفرنسية .

رسم فظهر الرعم ان الرمي الذي قد تبدل شكله كائن في الناحية
السبتية السفلى اليمنى

المعالجة - ٤ كانون الاول - تخدير عام بالكورونوم ، شق
خلف القصبة الترقوية الخشائية اليمنى . استخراج الرمي ،
تخفيض (drainage) خططي ، خياطة .



الرسم - ٢

٥ كانون الاول - نقل الجريح الى الشعبة طب الاسنان حيث ربطت اسنانه بعضها ببعض
وثبتت القطعتان .

غسل الفم مرتين في اليوم بمحلول فوق مغناة البوتاس ١-٢٠٠٠ اعطاء المريض
انبوبا مطاطا ومحلول دكان لغسل فمه
تغذيته بالسوائل .

٦ منه - اخذ انطباع اسنانه في العالي والاسفل (قسمين في الاسفل) .
٩ منه - استخراج الثنتين اليمنى واليسرى السفليتين الكائنتين سيفي مركز الكسر
لانها مقلتلختان

تركبن ميزابة فضة مصبوبة على الفك السفلي

٣١ منه - استخراج شظية صغيرة بدت تحت الميزابة حذاء جرح الغشاء المخاطي
٥ كانون الثاني ١٩٢٦ - شق خراج صغير تحت الذقن واستخراج شظية صغيرة .
٣٠ منه - تزعت الميزابة فعرف ان الاندمال لم يتم فر كنت ثانية .

٢٧ شباط - الاندمال لا يزال ناقصا ، ارسل المريض للنقه . فلم نره الا في شهر
ايار وقد شفي شفاء تاما وابدل ميزابته بجسر صنعه له احد اطباء الاسنان السوريين في حلب
١١ تموز - عاد الى دمشق مجروحا في فخذه بمرم ناري ولم يعد كسر فكه مقلطورا

المشاهدة الثالثة - ماتوروس ٠٠٠٠ شركبي عمره ٢٨ سنة جرح في ١٢ شباط
سنة ١٩٢٦

دخل المستشفى في اليوم نفسه

التمخيص : ١ - كسر مشطى في الفك السفلي الشعبة اليمنى

٢ - جرح في الكتف اليمنى وانكسار في القبة الاخرية الترفوية بمرم دخل حذاء الشفة العليا وخرج في القسم المتوسط من الفك السفلي الشعبة اليمنى ودخل ثانية حذاء الكتف . كسر الثانية والرابعة اليمنى في الفك العلوي ، ثقب الدخول والخروج في الوجه نقطتين كسر الفك السفلي بين الثانية والرابعة اليمنى من مصحوب بتخرب العظم وكسر الناب والضاحك الاول السفليين عند العنق ، اتصال الكسر بالفم والجلد ، تبدل كبير في الناحية ، انحراف الذقن نحو اليمين ، عجز الفك عن الوظيفة

المعالجة - ١٢ منه - استخراج الشظايا بعد التخدير العام بالكلوروفرم ، ذلك الجرح حذاء فوهة الخروج ، تنضير جرح الكتف وخياطته . ١٥ منه - نقل الجرح الى شعبة الاسنان لتقريب الفكين واطباق احدهما على الاخر أملاً بجعل القطعة الكبيرة في وضعة حسنة .

خل الفم بمحاول دكان مخفف وفوق منفذ البوتاس ١ - ٢٠٠٠ ٢٠ منه - وضع قوس موفقة مع خاتم على الرضى الثانية اليمنى والرضى الاولى اليسرى السفليتين

١٦ نيسان - شق خراجة تحت الفك

٢٤ منه - وضع ميزابة فضة مسبوكة وجسر فوق مركز الكسر مستندة في اليمين على الرضى الثانية اليمنى وفي اليسار على الثانية والرابعة والياب والضاحكين والرضى الاولى ٢٣ حزيران - نزع الميزابة فكان الاندمال ناقصاً . ١٥ تموز - شق بجمع قيجي صغير في ناحية تحت الفك . ٣ آب - نزع الميزابة ثانية فلم يكن الاندمال قد تم . فاستدل ان هناك مفصلاً كاذباً .

رسم الناحية في ٢٠ شباط كان قد اظهر في مركز الكسر شظايا بقيت بعد العملية التي استوصت بها الشظايا . وقد ترك الجراح شظية كبيرة عند الحافة السفلى للعظم . ورسم اخر اظهر تعضي المركز وزوال الشظايا الحرة التي كانت قد رويت في الرسم الاول والمبجهر بالشظية السفلى بالقطعة الامامية . ورسم ثالث في ٣ آب اظهر ازدياد هذا الالتئام واتصال القطعة الخلفية عن الامامية

لان بين القطعتين خلاء خطياً واضعاً

١٧ آب - تطعيم عظمي سمحافي حسب طريقة دلاجنيار .

قطم طعمين دقيقين طول كل منهما سنتمتران وعرضه سنتمتر من الظنبوب ووضع احدها كميزابة عند حافة الفك السفلي تحت المفصل الكاذب محاذياً للعظم ووضع الثاني على الوجه الوحشي للعظم حذاء المفصل الكاذب تنضير قطعتي عظم الفك دون تقريب احدهما من الاخرى ، ربط الشريان الوجهي في ساق العملية ، تخدير



الرسم - ٣

عام بالايثر (الجراح الحكيم الماجور ميشيل ، المعاون الحكيم الماجور جينستاي)

١٨ آب - نزعت الميزابة وابدلت بميزابتي فضة مصبو بين فيهما كلابتان ، طبقت احدى الميزابتين على الفك العلوي والاخرى على السفلي و ربطت الكلابتان بخيط نحاس .
التغذية والغسل حذاء الثنية والرابعة اليمناوين العلويتين المنكسرتين .
١ ايلول - نزع شعر فلورنسة ، الحالة حسنة جداً .

١٩ منه - فتح الفم ، يخيّل ان الفك مندمل بعض الاندمال ، اغلاق الفم ثانية
٢٢ تشرين الاول - فتح الفم ، قطعنا الفك ثابتان لا تتحركان ، ترك الميزابتين في مكانهما .

١٥ تشرين الثاني - نزع الميزابتان فكان الاندمال تاماً ، وضع جسر تريباً للقوس السنية
١٦ منه - ترك الجريح المستشفى .

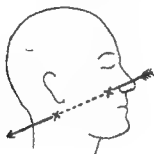
١٥ كانون الاول - رجع الجريح الينا واخبرنا انه عاد الى وظيفته وانه يعض الطعام جيداً مع بعض الحذر والحيلة

رسم فكه في ١٦ تشرين الثاني فبان الطعمان العلوي والسفلي وظهر بين قطعتي الفك شوكان عظميان جديدان حذاء مركز المفصل الكاذب

المشاهدة الرابعة - منصور ٠٠٠ ثمركي عمره ٢٢ سنة جريح في ٢ نيسان ١٩٢٦

دخل المستشفى في ٨ منه

التشخيص — كسر في الرأد^(١) الايمن للفك السفلي يرمز ناري دخوله في الخد الايمن خلف التلم الانفي القفوي وخروجه قرب ذروة الغشاء الايمن . ثقب الدخول والخروج نقطيان ، التشوشات الوظيفية لا تكاد تذكر في البدء ، حركات الفك تحدث بعض



الرسم - ٤



الرسم - ٤

الام الخفيف ومثلها الضغط هذا^(٢) ، ألم شديد حين المضغ ، انطباق الاسنان غير طبيعي لان الاسنان تلامس من الجهة المصابة الاسنان المقابلة لها واما من الجهة السليمة فهي منفرجة عنها بعض الانفراج . ومتى فتح الفم كانت الزاوية المولدة من القوسين السينيين اصغر من الجهة اليمنى وهذا المنظر يشابه منظر فم « مرتل القرية »

الرسم الكهربائي يدل على كسر في الرأد الايمن عند قسمه المتوسط . فقد انتزع المربي من اللوحة الظاهرة القطعة التي مر بها وكسر اللوحة الباطنة ، خط الكسر مائل جداً من العالي الى الاسفل ومن الوحشي الى الانسي .

والرسم لجانبي يبين ان خط الكسر افقي وان العظم قد اضاع بعض قسمه الخلفي

المعالجة : ٨ نيسان ١٩٢٦ — تنظيف الفم تقليل (detartrage) الاسنان . ربط الفكين احدهما بالآخر بخيط من الشبه . لم تستخرج سن بقصد التغذية او الفسل لان امرار الانبوب كان ممكناً بين الثنتين العلويتين .

(١) جاء في التاج الرأدان طرفا اللحين الدايقان الذان في اعلاهما فهي متابلة لشعبة الفك الصاعدة واخصر منها .

(٢) جاء في التاج النكفتان غدتان : نكفتان الخقوق في اصل اللحي واحدهما النكفة وهي تقيد معنى (parotide) دون حاجة الى تسميتها كما يقول بعضهم « الغدة النكفية »

تنظيف الفم مرتين في اليوم

١٦ نيسان — تحمل المريض للربط كان صعباً جداً ، استبدال الربط بنصفي ميزابفة
فضة مسكوبين ، ضبط الفكين بحيث شبه واغلاق الفم
٨ حزيران — فتح الفم ، الاندمال تام ، كان الفم قد فتح مرة قبل هذا التاريخ لان
احدى الميزابطين كانت قد تفلقت .

الرسم في ١٧ حزيران بين ان اللوحة الباطنة قد اندملت مع التشعبات العظمية حذاء
التلم التام السكان في اللوحة الظاهرة .

٢٠ حزيران — ترك الجرح المستشفى بعد ان تم شفاؤه .

المشاهدة الخامسة : جميل ٠٠ شر كسي عمره ٢٥ سنة (?)

جرح في ٣ كانون الاول في مجدل شمس .

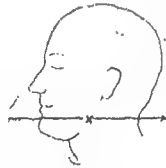
دخل المستشفى في ٦ منه

التشخيص — كسر في الرأد الابسر من الفك السفلي ، احدث لمحي تلماً افقياً متجهاً من
الامام الى الوراء فوق زاوية الفك اليسرى ، يكاد يكون الانطباق طبعياً ، في كان الفم
مغلقاً ولكن متى فتح الفم ظهر في اليسار نقص في الزاوية المؤلفة من القوسين السينيين .
عجز في الوظيفة وألم حاد حين ضغط الزاوية .

الرسم الكهربي يبين ان الكسر واقم فوق الزاوية وان حافة العظم الخلفية قد اضعفت
بعض اقسامها

المعالجة — تنظيف جوف الفم

٧ كانون الاول — اخذ انطباع الفم في العالي
والاسفل لصنع زاوية مطاط مكبرت عليها مواقع
الاستان ، تثبيت الفم بهذه الزاوية في اليوم التالي وهو
مفتوح . ربط "تمكين احدها بالآخر بحيث يحمي معدني من



الرسم - ٥

الجهة المنكسرة وخيوط مطاطية من الجهة المضادة . وهي الطريقة التي اشار بها امبرت وريال
فصل الفم مرتين في اليوم وطلبي مكان الربط بمحاويل زرقة المشلين المتوي .

١٢ كانون الاول — لم يهتمل الجريح هذا الجهاز لافتتاح فمه فاستعاض عنه بقومسي انفل وربطت احدها بالاخري واغلق الفم ، غذي المريض وغسل فمه من الخلاء المتعاسب للضاحك الاول المستخرج .

- ٣٠ كانون الاول — فتح الفم لتحقيق النتيجة ثم اغلق لان الاندمال لم يكن تاما .
- ٣٠ كانون الثاني — فتح الفم فتحا دائما وثور على التغذية بالمواد السائلة
- ١٨ شباط — ترك جميل المستشفى بعد ان تم شفاؤه .

المشاهدة السادسة : كرل ٠٠ اجني

جرح في ١٨ كانون الثاني في القنيطرة (وهو يحاول الانتحار)

عولج هناك ريثما نقل الى المستشفى

في ٢٧ منه دخل المستشفى .

التشخيص — كسر الشعبة الافقية اليسرى للفك السفلي بجرحي بندقية دخل في الناحية تحت الفك اليسرى على بعد فمراطين من الزاوية وامامها وخرج من الناحية تحت الوقب اليسرى .

كسر مشطى منتشر في ناحية الضاحكين والارحية ، لم يبق الا على الراس الثانية .
ثقبا الدخول والخروج تقطيان .

تبدل كبير في الفك ، الوصل متدفع الى اليسار والخلف ،
عجز تام في الوظيفة

الرسم الكهربي يبين ان الكسر متفتت .

المعالجة — تنظيف الفم وغسله .

٢٧ كانون الثاني — وضع مشد مطاط لارجاع القطعة

الكبيرة المتبدلة الى مكانها ، نزع الشظايا الحرة .



الرسم ٦٠ ١ شباط — وضع قوچين واغلاق الفم بعد اعادة الانطباق طبيعيا

١٠١ منه — اعطي من القواس السفلى بميزابسة فضة مسبوكة وجس فوقه بالبحر

واستندبت من جهة على السنان القطعة للكبيرة ومن الجهة الثانية على الراس الثانية ، نزع

القوس الثانية العليا وترك الفك حرّاً

٢٠ اذار — نقل الجريح وحالته حسنة .

المشاهدة السابعة — محمد ٠٠٠ صباحي

جرح في ٢٣ تشرين الثاني ١٩٢٥

دخل المستشفى ٢٦ منه

دخل المري جوف الفم حذاء الرباعية اليمنى والنايب السفليين وخرج منه تحت الوصل

وفوهة خروجه واسعة جداً .

التشخيص — انكسار ناحية الوصل عند حافتها السفلى .

ثراكب القطنيين بين الرباعية والنايب السفليين ، اصابة الجريح بصدمةٍ دعوته الى فتح فمه دائماً وانصباب سيلان مدمم غزير منه ،

ثلاثة نقس ، انتباج كبير في ناحية ما تحت الذقن .

الرسم الكهربي — يبين ١ — كسر ناحية الذقن وتشظيها



الرسم — ٢ — ميل خط الكسر من الوصل الى الرحي الاولى اليسرى السفلى .

ولم تبدِ المعالجة السريّة هذا الكسر الثاني . مكنتنا المعالجة الثانية من تشخيص تحرك

خفيف حذاء خرس السنته السادسة السفلى اليسرى التي كانت متخزرة تنخراً شديداً .

المعالجة — غسل بمحلول فوق منفثة البوتاس ١-٢٠٠٠ ربط الاسنان بعضها ببعض

الضاحك الثاني الايمن الالفلي والنايب الايسر السفلي .

تغذية مواد سائلة

٢٨ تشرين الثاني — استخراج الرحي الاولى اليسرى السفلى

٦ كانون الاول — تحسن الحالة الموضوعية تحسناً محسوساً بفضل الفسل المتكرر الذي كان

يجريه الجروح نفسه مرات عديدة في اليوم ، اخذ الانطباع بالجبس مستصعب جداً .

١٠ منه — وضع ميزابتي فضة مسبوكتين احدها في اليسار والاخرى في اليمين لها

عند نهايتيهما المتقاربتين استطالة بشكل الفرض . وبعد اعادة القطع العظمية الى مكانها

وضعت الميزابتان ووصلت احدها بالآخرى وثبتتا ببرقي عند الخلاء المناسب للرباعية

والناب السفليين الايمنين المستخرجين ، وقد اعيد الانطباق الى حالته الطبيعية وثبتت القطع الثلاث لان طرف الميزابة الخلفي يعتمد الرجي الثانية السفلى اليسرى . ترك الالم المريض فاستراح راحة تامة . اغلق فمه ، لم يعد اللعاب ينصب منه واصبح قادراً على الكلام .
نقل الجريح بعد زمن قليل وهو في حالة حسنة .

المشاهدة الثامنة — من الرماة الجزائريين رقمه ٩٧٤

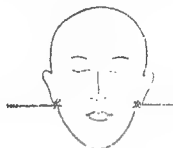
جرح في ٢٥ نيسان

دخل المستشفى في ٢٨ منه

التشخيص — كسر في رأدي الفك السفلي بجرم

دخل في الناحية النكفية اليمنى وخرج في اليسار في

النقطة المحاذية للنقطة اليمنى



الرسم — ٨

ثقبا الجلد تقطعيان ، وضع الجريح خاص ، فمه منفتح ، ذقنه هابط ، لعابه سائل من شدقه ، يتعذر عليه اغلاق فمه والتكلم بوضوح .

الرسم الكهربي يبين ان الكسر مزدوج وانه أعلى في اليسار ومصحوب بشظية عند حافة العظم الانسية . وان العظم في اليمين قد اضاع جزءاً من حافته الوحشية ، وانه لا تبدل في القطع .

المعالجة — ضماد من شأنه ضبط الفك ، غسل الفم بمحلول دكانت مخفف وفوق

منغناة البوتاس .

٣ ايار — استخراج الثنية والرابعة اليمناوين السفليتين لتنظيف الفم والتغذية ،

ربط الفكين احدهما بالآخر ، الانطباق طبيعي ، تحسن حالة الجريح ، نقل الى بيروت بعد ذلك بقليل .

المشاهدة التاسعة — ب . فرنسي .

جرح في ١٥ ايار ١٩٢٦

دخل المستشفى في ٢٠ منه

فوهة دخول المرمي في ناحية الوقب اليمنى خروجه خلف الناحية الكعفية اليمنى .
الثقبان نقطيان .

التشخيص - لم يشخص الكسر في البدن ظلو
التشوشات الوظيفية الواضحة

٢٦ منه - شخصنا ١ - كسر آفة حيا في الفك
المعوي الايمن وانشقاق الجيب الفكي عند قسمه
الخطي السفلي .

٢ - كسر آفة الرأ الايمن لذلك السفلي وانقطاع
العصب الوجهي الايمن



الرسم - ٩

الانطباق كان طبيعياً حين اغلاق الفم واما - بين فتحة فان الزاوية المؤلفة من التوسين
السنيتين كانت اصغر في اليمنى مما هي عليه في اليسار لقصر العظم .

وكان ألم حين الضغط وكان الجريح يشكو نقصاً في رؤية العين اليمنى

الرسم الكروي الامامي بين ١ - كسر مشطى في الرأ عند منتصفه ٢ - الرسم
الجانبى اظهر ان مركز الكسر ليس فيه ضياع عظمي وقد اخذ رسمان والفك مفتوح فلم يبد
أقل تزدية فاللدليل واضح ان الاقسام العظمية المكسرة متلاصقة .

المعالجة - غسل بالزرافة (bock) بعد وضع انبوب في جوف الفم سيلان غزير من
ثقبتي لدخول والخروج وفي الفم نفسه من جرح كائن في الغشاء المخاطي احدثه المرمي خلف
حدبة الفك المعوي الايمن السفلى وسيلان قيحي من الانف الايمن آت من الجيب .

٢٦ ايار - قطعنا بالمخاوة البارية لجاءا مضطرباً معترضاً بين الارحية الاخيرة

الانطباق طبيعى ، خلو الجريح من الألم وغزارة التميع في جوف الفم دعوانا الى
الامتناع عن ربط الفكين ، ضبط الفك بضاد فقط ، تغذية المريض بالسوائل .

غسل الفم بحلول دكان الحف ، انقص التقيح في مسير المرمي ، طلي جرح الفم بحلول
زرقة التلين المثوي وغسل الفم المتكرر الذي كان يجربه الجريح نفسه ادبا الى تنظيف الفم
جيداً . ولولم ينقل الجريح الى بيروت بعد تحسن حالته تحسناً ينافي ما كنا تأخوفاً عن وضع
الاحواس اللازمة .
(للبحث طاعة) .

مقتضيات عما يقال ويعمل

في سريريّات خنا لويس فور (J . L . Faure)

« ٤ »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر وشوكة موفق الشطي

٤ — انسداد النفيرين : ان انسداد النفيرين بسبب العقم أكثر مما كان يظن و ينتخب الانسداد مقرين :

١ — عند الصبيان الذي تملأ صق (franges) فغلق الفوهة البطنية
٢ — عند قرن لرحم حيث تتكون عقيدة ليفية . كان الجراحون يكشفون نفوذ النفير قبل ان عرف النفخ بفتح البطن حتى اذا ما وجدوه مغلقة كانوا يحرقون مفادرة الملحقات (salpingostomie) يخفف الفوهة الجديدة حتى المبيض واذا ما وجدوا الصيوان مفتوحا كانوا يدخلون مسبارا مقنى في النفير .

غير انه كان يصعب عليهم معرفة ما اذا كان المانع قد ازيل او لا في ناحية المضيق ولهذا الطريقة مجاذير متعددة منها تنبه الاثنان بالرض الجراحي اذا كانت الملحقات ملتهبة . اما اليوم فينفخ سيف النفيرين (insuflation des trompes) وقد اوجد هذه الطريقة اشعاعي اميركي يسمى روبان (Rubin) وهو يرمي الى نفخ البير بطون (pneumo-peritoneum) بفتح الهواء والاحسن ان ينفخ مولد الجفوية او حامض الفحم بجهاز خاص يقاس به الضغط بعد ادخال مسبار خاص معقم في الرحم فتحت كإن النفيرين مفتوحين يكون الضغط اللازم معادلا ل ١٥٠ ملمتر من الزئبق لينفك الجائط الموجود في النفير عن عضديه ثم ينخفض الضغط حتى ٦٠ مم واذا اصغى الى ما فوق العانة سمعت فقائيم الحزاز المتبعثة عند الصيوان ويجتمع الغاز بين عضد البطن ووجه السكبد الامامي يثبت لنا ذلك الوضوح في نلاحظ الكبد وتشم المربضة . في وقت بعد العملية مباشرة بالأم في السكتف اليجني يستمر ٣ — ٤ ساعات وقد يبقى حتى صباح اليوم التالي

فهذه العلامات تدل على انفتاح النفيرين او انغلاقهما .

و يجب ان يحذر الاحياء ان يحجب النفخ مرات عديدة لتكرار النتيجة إيجابية على ألا

يتجاوز الضغط ٢٠٠ ملحتر من الزئبق .

محاذاة هذه الطريقة — قد يدفع الغاز مخاط الرحم العفن في النفيرين ومنهما الى البريطون ومتى كانت الرحم نازفة يخرش المسبار غشائها المخاطي فيعبر الغاز في اورددة الرحم وقد يسبب الصمالة الغازية (embolie gazeuse) قنصأب المريضة بالغشي ويجب اجراء هذه المعاينة بعيداً عن زمن الطمث مالممكن ومتى ثبت بالتنفخ ان النفيرين مغلقان حقن باطن الرحم بالليبودول واخذ الرسم الشعاعي فظهر به مكان الضيق وكان مرشداً للجراح في عمله وهذه الطريقة جديدة حديثة العهد .

واذا لم تكف جميع هذه الوسائل لايجوز ان يلجأ الى اللقح الاصطناعي (fecondation artificielle) بل يشك في قصور المبيض ويجد في تنبيهه بوصف خلاصات المبيض حسب الطرق العادية شهوراً عديدة

واذا كانت المرأة سليمة ورحمها وملحقاتها صحيحة يكون الرجل سبب العقم فيكون مصاباً بنقص النطف (oligospermie) او باعنائها (ozoospermie) ويقع ذلك في ١٠ بالمائة من الحادثات ويجب الانتباه الى آفات البربخين ولا سيما حذاء الذنب لانها من بقايا حرقه البول وجرب بعضهم ان يفرس البربخ في الاسهر (القناة الناقلة للحني) وليس في الخصية نفسها حيث تكون النطف عنقودية لان سائل قنوات البربخ ضروري لتجزئة النطف بعضها عن بعض واعطائها النشاط .

.....

صفة في مداواة قصور المبيض والغدة الدرقية

تيرو كرين غرامي (thyrocreine Gremey)

تمطى المريضة منها حبة كل يوم مدة خمسة ايام .

فحبتين مدة خمسة ايام

وتعطى في الشهر الثاني حبتين او ثلاث حبات ويعد نبضها في اثناء المداواة صباحاً ومساءً متى تجاوز المائة تقطع المعالجة .

التهابات الرحم (les metrites) ، معالجتها لدوائية والجراحية

لالتهايات الرحم صنفان كبيران

١ — التهابات الرحم المسببة من المكورات العقدية (سترپتوكوك) والناجمة من المكورات

البنية (غوانو كوك) وكلا النوعين يظهران بأحد المظاهر الآتية :

أ — التهابات الرحم الحادة

ب — التهابات الرحم الخفيفة الحدة

ج — التهابات الرحم المزمنة

إذا استثنينا السيلانات والسكريات التي تعترى المريضة قلنا انهن لا يتألمن . بل يشعرن بأرحامهن دون ان يخطر طمحين كثيراً وتعود المفزعات البيضاء الى الانصباب بعد الطمث كما كانت قبله .

ومضى ظهر الالم قيل ان عرقلة اضيفت الى التهاب الرحم كالتهاب الملحقات الفحص بالمس المهبطي : اذا لم تكن المرأة قد ولدت بعدد يدو العنق متسعاً ومتنفخاً جذاء المضيق . ويقال للعنق الذي يتشوه هكذا العنق البريميلي (col en barillet) واما في المرأة الولودة فالعنق منفتح وفوهته فاعرة وشفته منقبضة الى الخارج ومشققتان وحجمه كبير بارز متسع شديداً منفوخ عند نهايته وضيق عند قاعدته كسدادة فارورة (الشمبانيا) وقوامه صلب قاسر في الالتهايات المزمنة مع لسان حول فوهة العنق جسم الرحم : يزداد حجمه تارة وقد يكون جسيماً ولكنه في كل حال املس منتظم وكثيراً ما يكون فيه بعض الرخاوة وهذا ما يميزه عن الرحم المصابة بالورم الليفي وقد يكون الجسم ضامراً جداً كما في التهاب الرحم الشيخوخي .

الفحص بالمنظار : — ترى تقرحات حلقية مستقرة على الشفتين في الغالب ويجب ألا تجرى استقصاءات في باطن الرحم دون ان يكون داع الى اجرائها وليعلم ان ضخامة الجسم تناسب الالتهايات المسببة من المكورات العقدية وان ضخامة العنق تناسب الالتهايات المسببة من المكورات البنية

سير المرض : يختلط بالتهاب الملحقات فاذا بقيت الرحم متحركة كانت المكورات البنية سبب الآفة

واذا عادت غير متحركة مر الالتهاب الى محيطها وكانت المكورات العقدية السبب سواء أصحب ذلك تفاعل في الملحقات أم لم يصحبه

اما النتيجة فهي العقم بسدادة مخاطية تسد فوهة العنق ونذكر عدداً هذين النوعين :

التهابات الرحم في البيلات الحديثات
والتهابات الرحم الشبخوخية بعد سن اليأس وتنصف بمفرزات شقراء والتصاق اعضاء
الرحم وضور العضو وعصر الطمث الغشائي الكاذب الذي يتصف بتوسفات وبنوب قولنج
مناسبة لدفع هذه الاغشية

والتهابات الرحم الزفية التي تنجم من اضطرابات البنية في العذارى او من الاسقاط
وفي زمن النفاس (لانحباس بعض اجزاء اللتحقت) في المتزوجات

التهابات الرحم الشبخوخية في الطاعنات بالسن : فيجب تمييزها عن السرطان
المعالجة — لكل من التهاب جسم الرحم او التهاب عنقه مداواة خاصة وقد تشترك
الآفتان معا لائن التهابات جسم الرحم تلوث العنق في اثناء المعالجة فتغيب جميع الوسائط
المستعملة وعليه يجب ان تشرك المعالجان معا .

ويجب الولاة تحقيق التشخيص قبل بدء المعالجة ونفي الحمل لان المفزرات البيضاء قد تظهر
في بدء الحمل واذا خاخرنا الشك وجب علينا انتظار الطمث الثاني
وتلبس التهابات الرحم : برطانات الجسم في الطاعنات بالسن فيجب توسيع الرم
وتجرى فيها للاستقصاء التيسيجي حين الحاجة .

التهاب بطانة العنق الداخلية (endocervicite) : تدل هذه الكلمة دلالة واضحة
على ان الوجه الباطن لعنق الرحم قد التهاب وان المعالجة الخارجية لم تعد كافية لشفاء الداء
بل يجب ان تشرك بمعالجة اخرى تؤثر في باطن العنق .

وهذه المداواة دوائية تقوم بالفضولات المائية بالصل الاصطناعي الذي يلطف حالة
الاغشية المخاطية ويسكن التهابها . او بمضادات لقصاد متنوعة : فوق منفذة البوتاس
واوكسي سيانور الزئبق وثاني فحماء الصردا ومغلي جذر الخطمي وهو ملين ومزيل للاحتقان
(تقلى ٤ ملاعق من مسحوق الجذر في لتر ماء)

ويجب ان يجري الغسل ببطء وان تكون حرارة الماء مرتفعة ٥٠ والمراة مضطجعة وحوضها
مرتفع بعض الارتفاع وتعود فائدة الغسل الى حرارة الماء اكثر مما تعود الى المطهر فيه .
ويجب ان نوع المطهرات اذا كنا نرغب في الحصول على فائدة لان الجراثيم نألف كما يظهر
المطهر واخفن الشرجية الحارة مفيدة ايضا ولها كانت اكثر فائدة فيجب ان تشرك
مع الغسل المائي ويجب ان تطلى فوهة الفروج بالفلزلين اذا خشينا ان يجرى الجلد

وتكرر الغسولات مرتين أو ثلاث مرات في اليوم

د - ضمادات مهبلية: وهي أكبر فائدة من الحقن تجري هذه الضمادات بالفيلسرين الاختيولي العشري وتحتى من استعمال القطائل (tampons) المبللة بالفيلسرين الفوائد التالية :

١ - لسان جميع النسيج المتجاوزة

٢ - نشاط في جميع عناصر النسيج وغزارة في مفرزاتها وتنبه أعمال البلعمة (phagocytose)

٣ - تقلصات الرحم التي تعصر القدد وتخرج المخاط والجرأثم الكامنة فيها
يكرر الضماد المهبلي مرتين أو ثلاث مرات في الاسبوع .

غير ان بعض النسوة لا يتحملن الاختيول فيجب ان تزداد نسبته في الفيلسرين أو تخفف طبقاً لتحمل المريض

و يستعمل أيضاً المحلول البكريكي المشبع ونسبته $\frac{8}{1000}$ يترك هذا الضاد ٢٤ ساعة

ليس أكثر فينفسل بعد ثلاثة أو أربعة أيام شريحتا نسيج متوسفة تخرج معها الخلايا الميتة والجرأثم الكامنة فيها . ومتى كان العنق فارغاً فـهـ جـاز ان يمس باطنه بالمحلول المذكور .
ويكرر هذا المس مرة في الاسبوع وتظهر نتيجة هذه المداواة بعد ٣ - ٤ ضمادات بكريكية فيتبدل منظر العنق المريض بتدلاً تاماً

ويفيد أيضاً التيمبول (tampol) والتيجنول (thygénol) ولكنهما أخف فعلاً
ويجوز ان يكوى باطن عنق الرحم او ظاهره بصبغة اليود والماء المحمض والتيمولي (Néol)
والبييضات (ovules) الدوائية سهلة الاستعمال غير انها لا تأتي بالفوائد التي تجني من التضخيم وتنظيم المعالجة يتم على الصورة الآتية :

نصنع أولاً ثلاثة اربعة تضخيمات بكريكية وتكمل هذه التضخيمات بتضخيمات الفيلسرين الاختيولي ومتى تحسنت المریضة بشار عليها بالبييضات التي يسهل عليها استعمالها مرة أو مرتين في الاسبوع . فإذا لم تنشف المریضة بعد شهر أو شهرين ونصف كان باطن العنق مضطرباً . وكانت مطالعته واجبة ولكن كيف يكون ذلك ؟

كان القدماء يستعملون الحمامات حسب طريقة بير (Bier) وقد نالت هذه الطريقة حظاً وافراً من الشهرة ثم اهملت اليوم .

وقد استعملت المكواة الكهربائية (galvanocautère) ولا سيما متى وجدت بيوض بالوت ولكن العنق يضخم من جراء ذلك ويحشى اكياساً فيشابه منظر السرطان واستعمل أيضاً قلم فيلهوس (Filhos) وهو مركب من الدُّورَة^(١) والبولطاس السكاوي وفي التجارة منه اقلام فيلهوس الجديد (crayons néo Filhos) . تكوى به الطبقة السطحية من الغشاء المخاطي فتتناثر بعد ان تكون خشكياً . والحذر كل الحذر من ان يكون الكي عميقاً خشية الوصول الى العضلة التي يؤدي حرقتها الى ندبة تضيق العنق وهذا ما حدا للمولدين الى ترك هذه المداواة في النساء الفتيات

واما مضادات الاستطباب فهي قبل كل شيء عراقل الملحقات ولا يكرر الكي الا بعد اسبوعين او ثلاثة اسابيع ويجب ان تحذر المريضة بان المداواة قد تمتد الى خمس جلسات (séances) او ست وان الراحة في الفراش واجبة ووضع الثلج ضروري متى اعترها اقل تفاعل

ومتى كان العنق ضيقاً جداً ولا يستطيع ادخال القلم فيه يحاط بقياس الرحم او منقاش بقليل من القطن ويبل بالماء ويحفظ به القلم ثم يدخل في العنق ويترك فيه ١٥-٢٠ ثانية ويحسن ان يوسع العنق في الايام الخمسة عشرة التي تلي الكي بشمعات هخار ثم يكوى بالقلم مرة ثانية بعد ١٥ يوماً

ويكوى مرة ثالثة بعد شهر

طريقة سرداي (Sireday) العملية

وتستعمل أيضاً طريقة التخثير بالكهرباء (electro-coagulation) او طريقة الاستحراق (diathermie) او المجرى السريع التواتر (haute fréquence) واذا لم تنجح جميع هذه الطرق او كان للعنق ضخماً جداً وجب الالتجاء الى الجراحة .

والطرق المستعملة في بتر العنق عديدة وجميعها حسنة على ان يستأصل القسم المهبلي من العنق والقسم الباطن من غشائه المخاطي وابسطها طريقة شرودر وقد نقدها المولدون الذين يفضلون عليها طريقة التفريغ الدائري (évidement circulaire)

والطريقة الاخيرة هي طريقة ستورمدورف (Sturmdorf) الاميركي

التهاب باطن الرحم (endomérite): ان العلاج الاساسي في مداواة التهابات

(١) النورة سجر الكلس فهو ترجمة (chaux vive)

باطن الرحم هو التقطير الرحمي بمسبار يرون ومحفته وهذه الطريقة محاذيرهما دخول المواد الحقون بها للتفريقين ومنها او من احدهما للبريطون فيجب ان يحقن بكمية قليلة جداً لا تتجاوز سنتيمترين مكعبين . ويجب قبل الحقن بالعلاج ان تحقن بدرجة استغاب الرحم بحقن محلول نوفوكئين عشري . فاذا خرج السائل من اطراف المسبار كان ذلك دليلاً على اتساع العنق اتساعاً كافياً وعلى جواز التقطير بدون خطر . واذا شعرت المريضة على اثر الحقن بحول النوفوكئين بالآلام شديدة واقياها فلتنا هذه العوارض على دخول السائل للخلب ولكن هذه العوارض لا يطول امرها لان المادة الحقون بها هي النوفوكئين ومنها يكن فلا يجوز حينئذ ان يحقن بالمادة المطهرة واما اذا لم تطراً هذه العوارض جاز استعمال المادة الكاوية وقد استعمل كلورور التوتيا العشري وهو مؤلم جداً يستمر الالم فيه ساعتين الى ثلاث ساعات . ويكرر الحقن به ثلاث او اربع مرات تفصل الحقنة الاولى عن التالية ١٠ — ١٢ يوماً وبمبدأ عن ميعاد الطمث .

الا ان هذه الطريقة قد تركت للآل الذي تحدثه ويحتمل اليوم بمحاول ازوتاة الفضة الخمسيني مرتين في الاسبوع فهو يحذف الغشاء المخاطي ويقبضه دون ان ينقله كما يفعل كلورور التوتيا

وقد استعملت صبغة اليود حتى ان منهم من دخن باطن الرحم باليود وادخلت اقلام في جوف الرحم فراجت هذه الطريقة مدة ثم احملت وقد كانت اضرار كلورور التوتيا شديدة جداً .

وعادت اليوم هذه الطريقة الى الزواج غير ان الافلام المستعملة هي افلام تحتوي على كميات قليلة من الراديوم فهي تغير باطن الرحم تجزئاً ودوائياً حقيقاً لطيفاً (طريقة لاكابر Lacapeyre)

نؤثر هذه الافلام في الغشاء المخاطي وهي قنوب مدة اثني عشرة ساعة وتغزر بعدها المفزوات فتستمر ثمانية ايام ثم تنقص . ان وضع قلم واحد يكفي في الغالب غير ان الحاجة تقضي في بعض الاحيان باعادة الامر ثانية بعد خمسة عشر يوماً .

الاستجماد (la cryothérapie) : ويقوم باستعمال الجلد الفحمي (neige carbonique) يدخل الجلد بجهاز خاص ويترك ثلاثين ثانية الى دقيقتين طبقاً لدرجة الكي المراد اجراؤه فيلي الكي تحسن موقف غير ان التكي كثير الوقوع .

المداواة الجراحية : تقول القاعدة ان الكشط تعالج به التهابات الرحم النازفة فقط ولكن متى خابت جميع الوسائط وظلت رحم المريضة كبيرة ومفرزاتها غزيرة كان علينا ان نجرب الكشط قبل ان نحكم باستئصال الرحم . ولا بد في الكشط من شروط تترتب علينا مراعاتها وهي : ١ - ألا تكون الملحقات ملتهبة فاذا كانت تعزى المريضة بعض الحى وان خفيفة كلن الامتناع عن التجريف واجب ٢ - الا تكون المكورات البنية (غونوكوك) سبب الالتهاب لان التجريف يفضي في هذه الحالة الى عراقل مزعجة « التهاب الملحقات المزدوج » فيجب اذن ان ينقش عن المكورات البنية قبل الكشط حين انتهاء الطمث فاذا لم نعر عليها كشطنا والا امتنعنا ٣ - ان يكون التوسيع كافيا « شمعات هفار » وان لكشط الرحم كسطا متجانسا تاما وتكوى جيدا بالفلسرين الكريوزوتي العشري والحذر من ان يمس المزيج غشاء المهبل المخاطي .

و يستحسن وضع الثلج على البطن بعد الكشط مدة ٤٨ ساعة تحاشيا لهجمات التهاب الملحقات والحى مدة بضعة ايام . وفى كان التهاب الرحم سيلانيا « غونوكوكيا » انحصرت المعالجة في وسائط تجرى حول الرحم وليس فيها كالحقن والتضميدات المهبيلة وسوى ذلك اللقاح المضاد للمكورات البنية : يحقن بلقاح ذاتي او لقاح جاهز في مستوصف باستور الاستحجار « diathermie » : يجوز ان يشارك مع الاستلقاء « المداواة باللقاح » تصنع منه عشر جلسات الى عشرين جلسة « الحرارة الموافقة ٤٦ مئوية مدة ٣٠ دقيقة » فهي تقيت المكورات البنية وتخفف الالتهاب وتشفيه

وتستعمل ايضا المعاجين المشعة « boues radiofères » وتوصف الحماة « المياه المعدنية » : لوكساي « Luxueil » بلومبيار « Plombières » الخ يستعمل في حوادث التهابات الرحم التزفية التوسيع ، الاستمضاء ، الكشط « الفحص النسيجي الحيوي »

واذا كان الزف مصحوبا بعسر الطمث وكانت المرأة مسنة كان التهاب الرحم من النوع الشيخوخي

تداوى التهابات الرحم هذه في البنات الفتيات بالاستمضاء « opotherapie » ويجوز شرجية قليلة حارة (ملقعة صغيرة من صبغة المالميس وغرامان من كلورور الكلسيوم خمسة عشر يوما في الشهر) ويستعمل ايضا الراديوم والاشعة المهولة « للبحث صلة »

PH حموضة البول الحقيقية وتقديرها الحديث ب

لدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

حموضة البول في الكيمياء الفيزيكية . — كتبنا على صفحات هذه المجلة ^(١) كلمة عن الحموضة والقلوية في نظر الـ (يون Ion) وعما لتقديرها بـ pH من الفوائد الجمة في التطبيقات العملية ولا سيما السوائل الحيوية وغير ذلك من المسائل الحديثة التي اخذت في عالم الفن شأنًا خطيرًا في اليوم الحاضر وقد أتيح لنا الان ان نعود الى البحث في الموضوع الذي بدأنا به ونذكر في مقالنا هذا تطبيقها في تقدير حموضة البول .

تفاعل البول الطبيعي حامض على صبغة عباد الشمس أو الفثالين . لما كانت المواد الداعية الى هذه الحموضة مختلفة فقد قال العلماء بانواع مختلفة من الحموضة كالظاهرية والحقيقية والمطلقة ووضعوا طرقاً شتى لتقدير كل منها فترى من هذا انه لم يوضع لحموضة البول — حتى عهد قريب — تعريف جامع مانع يمكن به بيانها بقيمة عددية ليستطاع التمييز بين درجاتها المختلفة وان الكيمائيين في بادئ الامر كانوا يكتفون بمشاهدة تحول لون الورقة المغموسة في صبغة عباد الشمس ليقولوا ان البول حامض أو قلوي أو معتدل وعلى هذا كان من المتعذر ايجاد نسبة صحيحة من لون صبغة عباد الشمس بين درجات الحموضة المختلفة . وهكذا شأن جميع المشعرات الملونة فانه لم يكن من استعمالها في هذا الغرض الا معرفة الحموضة معرفة بسيطة لا تخرج عن الكشف الكيفي (qualitative) .

وما زالت الحال كذلك حتى اسست الكيمياء الفيزيكية ووضعت انظار (نظريات) المحوطة الحديثة . فقد امكن بها تمييز حموضتين : حقيقية وهي التي كان يتعذر بيانها باستعمال صبغة عباد الشمس . وعيارية وهي التي كان يعبر عنها بارقام تستنتج بطريقة المقياس العياري (titrimétrie) . فالمحوطة الحقيقية في البول اذن هي التي يمكن بيانها بعدد ما بـ pH . والمحوطة العيارية هي الناتجة من الاجسام الموجودة فيه والمتصفة بالمحوطة واهما حمض الفسفور . فاما التحليل الكيماوي فانه يقدر اكثر هذه الاجسام العاملة في حموضة البول . واما pH فليست هي الا التي كان يعبر عنها بتحول صبغة عباد الشمس والتي قد تمكن علم الكيمياء الفيزيكية من استبدال تعبيرها المبهم بتقديرها كميًا بتكاثف البول من يونات H اي pH وذلك من تحول الوان بعض المشعرات الملوونة التركيب التي يختلف انكشافها عند مزج البول بها حسب احتوائها على يونات H طريقة التقدير — تستند الى المقياس اللوني باستعمال المشعرات الملوونة ويكفي لهذا الغرض ان يضاف مشعر واحد الى شيء من البول ومقابلة اللون الحاصل بنادج الوان مرسومة على لوح لمعرفة pH المطابقة له .

اما الكاشف أو المشعر فانه يتألف في الحقيقة من مزيج مشعرات ملونة بحيث تكون مناطق التحول فيه موافقة لقيم pH البول باعطائها زمرة من الالوان تامة الوضوح بين قيمة واخرى قريب بعضها من بعض .

وأسهل طريقة يجري عليها مخبر التحليلات الكيماوية الحيوية في مدرسة الصيدلة بباريس هي طريقة العالم غيومان (Guillaumin) التي يستعمل فيها الكاشف المركب من المواد الآتية :

احمر المتيل ٠٠١٢٥ غرام

برومر تيمول الازرق ٠٠٤٤٠ غرام

محلول الصود الكاوي $\frac{N}{20}$ ١٩٠٠ سم م

تسحق في هاون حتى الذوبان التام ثم يضاف اليها :

ماء مقطر م ٠ ك ٠ لاجل ١٠٠٠ سم م

وتحفظ في زجاجة معتدلة التفاعل .

طريقة العمل . - اذا كان البول رائقاً جداً وثقله ١٠ ١٠٠ يؤخذ منه دون ان يمدد اما اذا لم يكن كذلك او كان ثقله اعظم من ١٠ ١٠٠ افانه يمدد الى اربعة او خمسة امثاله بالماء المقطر المعتدل التفاعل .

ولاجل الفحص يؤخذ منه ١٠ سم م ويضاف اليها نصف سم م من الكاشف المار الذكر ويمزج جيداً ثم ينظر الى اللون على سطح ايض :

فاذا كان احمر كالجلنار كانت pH البول ٤٠٦

واذا كان وردياً (كلون جراد البحر المسمى قاريزيس crevettes) = ٥٠

= ٥٠٦ وردياً اصفر

= ٥٠٨ نارنجياً (كلون الشمبانيا)

= ٦٠٢ جوزياً (كخضرة الماء الآسن)

= ٦٠٠-٦٠٦ فستقياً (اخضر بين خضرة الماء وخضرة المرج)

= ٧٠٤ اخضر (كخضرة المرج)

واذا شاء الفاحص ان يبالغ في دقة التقدير وجب عليه ان يحضر قبل البدء بالعمل نماذج قياسية يقابل بها ألوان السوائل التي يريد فحصها .

ولتحضير سلسلة من النماذج القياسية يهياً أولاً محلولان أحدهما محلول فصفاء وحيد البوتاسيوم (PO_4KH_2) بنسبة $\frac{1}{10}$ من وزنه الذري أي ٩٤٠٧٨ غراماً منه في اللتر والآخر محلول فصفاء ثنائي الصوديوم ($\text{PO}_4\text{Na}_2\text{H}_2\text{O}$) بنسبة $\frac{1}{10}$ من وزنه الذري أيضاً أي ٢٣٤٨٦٦ غراماً منه في اللتر ثم تمزج حجومات معينة من أولهما بحجوم معينة من ثانيهما على الصورة الآتية :

الانبوب	محلول فصفاء وحيد البوتاسيوم	محلول فصفاء ثنائي الصوديوم	PH
١	١٠ سم م	٠٠ سم م	٤٤٦
٢	٩٤٨٥	٥٤١٥	٥٤٠
٣	٩٤٥٥	٥٤٤٥	٥٤٤
٤	٩٤١٥	٥٤٨٥	٥٤٨
٥	٨٤٠٥	١٤٩٥	٦٤٢
٦	٦٤٣٠	٣٤٧٠	٦٤٦
٧	٣٤٧٠	٦٤٣٠	٧٤٠
٨	١٤٩٠	٨٤١٠	٧٤٤

وتستعمل لذلك النقطة المدرجة الى نصف العشر . ثم يضاف الى كل انبوب نصف سم م من المشعر الملون .

على ان هذه النماذج سريعة الفساد لوجود المادة العضوية فيها ، لهذا وفق العالم بروير ((Bruère) الى صنع نماذج قياسية من مواد معدنية لا يطرأ عليها فساد تبدأ من $\text{pH} = ٦,٠$ وتنتهي عند $\text{pH} = ٧,٦$ بالنسبة الى الوان النماذج المذكورة في جدول كلارك ولوبس (Clark et Lubs) الذي يستعملان

فيه ازرق البروموتيمول كمشر ملون وتحضر كما يلي :

محلول A - محلول آزوتاة الكوبالت وثاني كروماة البوتاسيوم :

محلول آزوتاة الكوبالت ١/٥ ٢ سم ٠ م

محلول ثاني كروماة البوتاسيوم ٠٠٣٠ بالالف ٩٨ سم ٠ م

يمزجان ٠ والمحلول الناتج يعادل $pH = ٦.٠$ فما فوق من جدول كلارك ولوبس .

محلول B محلول آزوتاة الكوبالت وكبريتاة النحاس .

محلول آزوتاة الكوبالت ١/٥ ٥ سم ٠ م

محلول كبريتاة النحاس ١/١٠ ٩٥ سم ٠ م

يمزجان والمحلول الناتج يعادل $pH = ٧.٦$ فما تحت من جدول كلارك ولوبس

اما الالوان المتوسطة بين هاتين القيمتين فتستحصل بمزج محلول A

بمحلول B على الصورة الآتية في انابيب صغيرة عديدة اللون متساوية القطر :

(نماذج متوافقة مع ازرق البروموتيمول)

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> ← قيم pH </div>									
٧.٦	٧.٤	٧.٢	٧	٦.٨	٦.٦	٦.٤	٦.٢	٦	
٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	محلول A حجماً وهو بلون اصفر
٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠	محلول B حجماً وهو بلون ازرق
اللون الناتج بعد المزج									
اصفر		اصفر مخضر		اخضر		اخضر مزرق		ازرق	

النور	
0 السائل الملون (٥ سم م)	0 السائل الملون بدون
مع اضافة خمس قطرات من المشعر	اضافة المشعر
0 الماء المقطر	0 انبوب النموذج من
	نماذج أزرق البروموتيمول
العين	

محلول C محلول كلور الكوبالت الخلي

محلول كلور الكوبالت ١/١٠ ٢٦ سم م

حامض الخل الصرف ٧٤ سم م

يوزجان ويرشح المزيج . وهو يعادل $pH = 4.4$ فما فوق مع مشعر احمر
النيثيل و $pH = 8.4$ فما تحت مع مشعر احمر الفنول من نماذج جدول كلارك ولويس
(المخضر بمزج ٥ سم م من المحلول الثابت التكاثف (tampon) وخمس قطرات مشعر)
محلول D - محلول كلور الكوبالت وثاني كرومات البوتاسيوم :

محلول كلور الكوبالت ١/١٠ ٤ سم م

محلول ثاني كرومات البوتاسيوم ٠.٣٠ لاجل ألف ٩٦ سم م

يوزجان والمزيج يعادل $pH = 6.0$ فما تحت مع مشعر احمر النيثيل
و $pH = 6.8$ فما فوق مع مشعر احمر الفنول .

واما الالوان المتوسطة فتستحصل بمزج محلول C ، بمحلول D على
النسب الآتية :

(نماذج متوافقة مع احمر المتيل)

قيم pH ←									
٦	٥	٤	٣	٢	١	٠	٨	٧	٦
٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠	٨
محلول C حجماً وهو بلون وردي									
محلول D حجماً وهو بلون اصفر									
اللون الناتج بعد المزج									

(نماذج متوافقة مع احمر الفنول)

قيم pH ←									
٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠	٨
٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠	٨
محلول C حجماً وهو بلون وردي									
محلول D حجماً وهو بلون اصفر									
اللون الناتج بعد المزج									

وقد حضرنا في مخبر الكيمياء في المعهد الطبي الغربي نماذج بروثير هذه لتتحقق صحتها وقابلتها مع سلسلة من الالوان التي حصلنا عليها مع كاشف غيومان ايثي مزيج ازرق البروموتيمول واحمر الفنول الذي سبق ذكره فوجدنا بينهما اختلافا جزئيا ولا تزال نواصل السعي الى التوفيق بينهما وصنع نماذج تنطبق مع المشعرات الاصلية المذكورة في جدولك لارلك ولويس سنوافي الزملاء الافاضل بما يتم معنا في هذا الشأن بمقال آخر ان شاء الله .

اما النتائج التي يمكن الحصول عليها بعرفة pH البول فنجملها فيما يلي :

١ - الاختلافات الفيزيولوجية : تختلف pH البول الطبيعي المجموع في

٢٤ ساعة والمحفوظ من الفساد بشيء من التولوثين باختلاف الاطعمة التي يتناولها الانسان . ففي غذاء محتلط تبلغ ٥٨ - ٦٠ وتنخفض الى ٥٢ في غذاء لحمي صرف وترتفع الى ٦٥ في غذاء نباتي صرف . وليست هذه الارقام الا وسطى لان حموضة البول - فضلاً عن اختلافها من شخص لآخر - تختلف ايضاً بطواريء فيزيولوجية شتى خلال ٢٤ ساعة بتأثير الاغذية التي تستدعي افرازاً معدياً حامضاً . وبين هذا الافراز الحامض وبين الافراز القلوي علاقة تنشأ منها (موجة قلوية) بعد الطعام قد تكون على جانب عظيم من الخطورة اذ قد شوهد صعود pH البول بعد الطعام الى ٧,٤ . ثم ان للجوع والصيام والانفعالات العصبية والاضطرابات الروحية وغيرها تأثيراً في تحويل pH البول في ٢٤ ساعة . اما حموضة البول المطروح صباحاً بعد اليقظة فانها توشك ان تكون ثابتة في الانسان ذاته . ومن هذا يتضح لزوم فحص الحموضة في الحالات المرضية على البول المطروح صباحاً ليحصل على نتيجة ثابتة ترجى منها الفائدة المطلوبة .

٢ - الاختلافات المرضية : بلغت pH البول القيمة العظمى (٨,٠) بعد تناول كمية كبيرة من ثاني فحماء الصودا ، والقيمة الصغرى (٤,٨) في بول كثيف جداً قد يكون ناجماً من اغتذاء لحمي .

ويقول ماتيو وبطرس ويل ان فرط الكلورية (hyperchlorhydrie) يصحبها انخفاض في الحموضة البولية وان فرط الحموضة (hyperacidité) ($pH = ٤,٨$ الى ٤) تكون مطردة في كثير من الناس الرثوبين والعصبين والمصابين بالنملة (الاكريميا) والشقيقة واما في الآفات الكلوية فقد لا تكون pH البول صورة صحيحة عن pH الدم .

٣ - العلاقة بين pH البول وطبيعة الرمل البولي غير المتعضي : ان لتفاعل

البول دخلاً في تكون الراسب البولي غير المتعضي وكثير من هذه الرواسب لا يظهر في البول الا اذا كان بدرجة من الحموضة معلومة اي اذا بلغت pH المائدة اليه حداً معلوماً . فحموضة الكلسيوم يرى في جميع الابوال . اما فصفة ثنائي الكلسيوم فلا يرى الا عند $pH = 6.1 - 6.3$ وصفة ثلاثي الكلسيوم عند $pH = 6.6$ الى 6.8 . واما فصفة الامونياك والمانيزا فانها لا ترى الا عند $pH = 7$ (وهو حد الاعتدال النظري) اعني في الابوال الحامضة التفاعل .

ومن هذا يتضح انه قد يطّرح البول عكراً في بعض الحالات - اذا سمح تركيبه بذلك - خصوصاً بعد تناول الطعام والعكر يكون حينئذٍ ناشئاً من الفسففايات (phosphates) دون ان توجد هناك بيلة فصفائية حقيقية . واما راسب فحمة الكلسيوم فلا يتكون الا اذا كان تفاعل البول قلوياً ظاهراً اي عند pH اعظم من 8 ($pH > 8$) .

هذا ونلخص فيما يلي بعض قيم pH وما تشير اليه من الحالات الفيزيولوجية:

hyperacidité maxima)	فرط حموضة عظمى	تدل على	$pH = 4.6$
(« forte)	« شديدة	—	5.0
(« légère)	« خفيفة	—	5.4
(acidité normale)	« حموضة طبيعية	—	5.8
« « « «	« « « «	—	6.2
(hypoacidité légère)	تناقص الحموضة تناقصاً خفيفاً	—	6.6
(« accentuée)	« تناقصاً شديداً	—	7.0
(« très accentuée)	« تناقصاً اشد	—	7.4
(acidité)	تدل على حموضة	$pH = 4.6$	—
(neutralité absolue)	اعتدال مطلق	—	7
(alcalinité)	قلوية	—	ما فوق 7

مقنضبات حديثة

مترجمة عن جرائد الغرب تعليم الحكيم شوكت موفق الشطي

١ - معالجة حرقه البول بأشراك طريقتي المداواة

الهولينية والكيماوية

تسار (Tansard) سر زريات هودلو في مستشفى القديس لويس .

لا يخفى على احد صعوبة مداواة حرقه البول المزمنة او الحادة المعرقة ولهذا جربت في مداواتها طرق عديدة : تمسيد الموثة (البروستة) والاحليل وهو مقطر والغسل والتقطير والتيار الكهربى الخ

وتستند هذه الطرق الى عد حرقه البول آفة موضعية . على ان جوزان قد أثبت ان هذا المرض اثنان عام وكان ينصح الاستاذ جانبرو (Jeanbran) في محاضراته في معهد مونبليه ان تعد حرقه البول كمرض عام وان تداوى كما تعالج الامراض الاثنائية وثبت هذا الرأي كشف اضرار دموية في حرقه البول البسيطة مهما كانت خفيفة الوطأة وقد رأى جوزان بعض حالات اثنان الدم لم يكن السبب في احداثها غير المكورات البنية (الغونوكوك) . تنتقل المكورات البنية غير المتحركة الى الدم بعد ان تحملها الكريات البيضاء وقد اوجت هذه الفكرة التي تعد حرقه البول اثناناً عاماً طرقاً كيماوية حديثة في المداواة

فاستعمل البعض ١ - ملاح الزئبق : الانزول (Enésol) (بوفرون Bouveyron)

والسليمانى (بيلادوماتيو Piliado Mathieu) حقناً في الور يدلمداواة عراقل حرقه البول

٢ - الكنلورغول (سيليسيا Silicia) حقناً في الوريد

٣ - المركبات الزرنيخية : في العراقيل (التهاب الخصبة ، الرثية السلية)

والارسنوبزن (دوهو Duhot) فاعطت نتائج حسنة مما حمل دورو (Duroeux) على عد الادوية الزرنيخية كدواوة خاصة تشفي حرقة البول وجنى جوزان فوائده جليلة باستعمال بعض المواد الملونة (غونكرين تريپفالين gonacrine trypflavine) حقناً في الوريد

وسعى تنسار الى تبديل طرق معالجة حرقة البول بايجاد طريقة حديثة تقوم باحداث اضرار في الدم قادرة على قتل الجراثيم المرضية فلجأ أولاً الى استعمال المداواة الهويولينية فحقن تحت الجلد باللبن وجنى نتائج حسنة ولكنها لم تكن ثابتة فجرب اشراكها باللقاحات . ينقص آحين اللبن الاجنبي عن العضوية وظأة الجراثيم فلا يستحسن في اثناء ذلك استعمال اللقاحات . وقد تمكن تنسار بهذه الطريقة من شفاء ٩٥ في المائة من مرضاه . الا ان وطأة الصدمة اللبينية شديدة قد لا يتحملها بعض المرضى وقد جرب الحقن بالفضة فاستعمل هذه المادة في اربعين مريضاً كان النجاح حليفه بها في العراقيل (التهابات الخصية ، والموثة ولا سيما الرثية) اما تأثيرها في التهاب الاحليل فكان بسيطاً

واشرك سنة ١٩٢٦ الفضة الليبويديية (argent lipoidique) باللبن فخفت الصدمة وبدأ باستعمال الحقن الفضية بدلاً من اللقاح .
أ- تأثير هذه المواد العام في العضوية :

أ- اللبن : يزداد على اثر الحقن به في اثناء الصدمة عدد البلغميات وكمية الاضرار . وتكون الصدمة خفيفة اذا لم تزد كمية اللبن المحقون بها عن ٢ سم^٢ واما اذا استعملت ٥ سم . مكعبة فتكون الصدمة شديدة مع حى درجتها ٣٨,٥-٣٩ ولا يطول امد نوبة الصدمة بل تذكره اكثر من خمس او ست ساعات . ولا

تبدو هذه الاعراض الا في المرة الاولى

٢ - الفضة : تقتل الجراثيم ولا تحدث صدمة .

ب - موضعياً ١ - اللبن : يحدث في مكان الابرة احمراراً خفيفاً قد يبلغ قطره بضعة سنتيمترات ويكتف ما تحت الجلد وسببه التهاب النسيج الخلوي البسيط الذي يزول بسرعة . وقد ينشأ منه الشرى فلا يجوز حينئذ ترك المداواة لطروء هذه العرقلة البسيطة بل يعطى المريض مسهلاً وخائراً لبنية (أولبناً) ويثابر على المداواة ٢ - الفضة : الحقنة مؤلمة يزول ألمها بعد دقيقة ويجوز ان تخلط حقنة

الفضة بنصف سم^٣ من محلول النوفوكئين المئوي فلا تعود مؤلمة

ج - طريقة العمل والمقادير . يحقن اللبن في جهة والفضة في جهة اخرى ويجب ان يحقن بالدوائين في الوقت نفسه

١ - اللبن : يحقن تنسار به تحت جلد البطن بين النسيج الخلوي والصفاق ويكفي عادة الحقن بـ ٢ سم^٣ ويجب ألا تتجاوز الحقنة الاولى سنتيمتراً مكعباً واحداً ويزاد هذا المقدار اذا كانت الالتهابات شديدة كالتهاب المثانة الحاد والتهاب الموثة والرثية والتهاب الخصية الخ حتي ٥ سم^٤ . وتجري الحقنة بزهنين فتدخل الابرة وحدها وينتظر هنيئة حتى اذا لم ينصب دم منها توصل الحقنة بها ويحقن باللبن . ٢ - الفضة : يجب ان يحقن بالمادة الدوائية في مل^٥ العضلة واحسن نقطة هي الالية ويحقن تنسار في المرة الاولى بستمترين مكعبين اي بمحتوى حبة^(١)

د - الحمية : يحسن ان يحمى المريض يوم الحقنة الا عن اللبن والحضر ولا بأس في اعطاء المرضى انفعة لبنية في اثناء المداواة لانها نافعة

مضادات الاستطباب: ١- الفضة: يجوز استعمالها في المكبودين (hépatiques) او المصابين بأمراض الكلى . وتستعمل عادة ٢٥ حقنة فاذا لم تكف لشفاء المريض يستعاض عنها بالحقن باللقاحات

٢- اللبن: لا يستعمل في المصابين بالحرض (ارتر يتسم) اجتناباً لصدمة التواء (choc colloïdo-clasique) وفي المبهورين

هـ- المداواة الموضعية:

١- يستعمل محلول حمض كيانوس الزئبق الذي نسبته ٠.١٥ في المائة او محلول منفعة البوطاس الخفيف حقناً في الاحليل وذلك في الدور الحاد .

٢- يقطر محلول البروترغول المثوي في الاحليل وذلك متى خف السيلان ولم يتبق الا خيوط ويجوز ان يستعاض عن احد هذه التقطيرات بالغسل بمحاليل مطهرة مخففة

٣- يجب التوسيع اذا كان مجرى الاحليل ضيقاً .

٤- تبذ طريقة تمسيد المثة والاحليل المتقنطر ولا يستعمل التوسيع الشديد كعلاج لحرقه البول المزمنة .

مثال لشفاء حرقه البول في رجل جاء الطبيب مستشفياً في ٢ تشرين الثاني بعد ان مضى على اصابته ١٥ يوماً فحقن في التارنج نفسه بستمترين مكعبين فضة وسم مكعب لبن

في ٣ تشرين قل السيلان فعقن بستمترين مكعبين من اللبن وبستمترين مكعبين من الفضة

في ٤ تشرين الثاني: لم يعد في بوله خيوط ولا في احليله قطرة قيح . ولم يعالج معالجة موضعية البتة

التهاب الاحليل المزمن : كانت النتائج حسنة ايضاً
 التهاب الموثة المزمن : عولج عشرة اشخاص مصابين به فنالوا الشفاء
 التهاب اجربة ما حول الاحليل المزمن : قد يستولي الجرثوم على غدد ليتر
 وسواها . وقد شفي المرضى المصابون بهذه العلل

التهاب المثانة : تكفي عادة ٣-٤ حقن لشفاء الحالة

٥ - التهابات البربخ : تشفى بسرعة

٦ - الرثية : تشفى ويمحوز ان يشرك اللبن باللقاح في هذه الحالة

٧ - خراجات ما حول الاحليل : شفي مريض بعد حقنه باثنتي عشرة حقنة
حرقه البول في النساء :

أ - التهاب الرحم الحاد : عالج تسار احدى عشرة مريضة اختلط التهاب
 ارحامهن بالتهاب المهبل فشفين جميعهن بمدة وجيزة . ويكفي عادة ١٥ حقنة
 للحصول على الشفاء . ويذكر صاحب المقالة انه عالج مريضة مصابة بالتهاب المهبل
 الفائق الحدة ، وبالتهاب الرحم والتهاب غدتي بارطون والتهاب الاحليل وما
 حوله . فبرئت بعد استعمال ٢٨ في حقن بعد عشرة ايام وتركت مستشفى القديس لويس
 ب - التهاب الرحم المزمن : كانت النتائج حسنة ايضاً

ج - التهاب الملحقات : هذه المداواة مفيدة اذا لم يكن الالتهاب قد تعيق
 ويجب اذا لم تبرا المريضة بعد حقنها ب ٢٠ حبة فضة ان تشرك الفضة باللقاح
 على ان تعيض حقن اللقاح عن بعض حقن اللبن . اننا قد بادرننا الى نشر هذه الطريقة
 الحديثة للفوائد الكبيرة التي جنيت منها :

ننبه : جاء خطأ في الصفحة ٩٥ (ولا سيما بعد حروب ميليسيا) والظوابط كالتالي

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في اذار سنة ١٩٢٨ م الموافق لرمضان المبارك سنة ١٣٤٦ هـ

الانواع الدماغية السحائية في داء المتحولات

للحكيم ترابو استاذ في المعهد الطبي العربي

وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

سنبين في مقالتنا هذه ان داء المتحولات (amibiase) مرض لا تزال بعض اشكاله غامضة وان اسراره لم تعلن جميعها حتى الآن . وان المشاهدات التي سنسردها لا كبر برهان على ان المتحولة تفعل عن بعد في الدماغ والسحايا فعلاً مختلفاً كل الاختلاف عن فعالها وهي فيه اي وهي في ملء النسيج الدماغي لانها متى استقرت فيه كان منها خراج الدماغ الذي عرف اليوم حق المعرفة .
وسنذكر هذه المشاهدات باختصار لان الثلاث الاولى منها قد اعلنت مطولاً في مؤتمر علماء الصحة الاخير الذي عقد في غند وهي التي قمنا بجمعها بالاشتراك مع الحكيم لويس في بيروت وقدمناها لاثبات النوع نظير التيفو من داء المتحولات وهذه اعتبرت هؤلاء المرضى في سياق دائم هذا اعراض دماغية سحائية وهي ما نرغب في لفت الانظار اليه في مقالتنا هذه . ولان الاربعة

والخامسة ستدرجان ايضاً بأسباب الاولى في مجلة امراض الروح والثانية في مجلة الامراض العصبية في باريس . وستظهر هذه المشاهدات متى القينا عليها نظرنا الاولى متباعدة لا شبه بينها غير ان هذا التنافر ليس الاسطحيحاً لان رباطاً قوياً يربط بعضها ببعض الآخر وستوضح هذه الصلة متى جئنا على ذكر المشاهدات التي نوردها الان حسب تاريخ وقوعها .

المشاهدة الاولى : النوع نظير التيفو من داء المتحولات (دساهدة لويس ترابو) (ارتباك عقلي ، أضغاث احلام ، تشوشات حدقية)

مرريض دخل مستشفى القديس يوحنا في بيروت في ٢٧ ايلول سنة ١٩٢٤ وقد كتب على الورقة التي ارسلت معه « تحت المشاهدة ، لاختلالات دماغية » فتبين لنا من فحصه ان المريض في حالة ارتباك دماغي (confusion cérébrale) وإخاد (torpeur) وعدم شعور بما في النفس (inconscience) تخالفاً نوب هذيان وسير في المنام وقد حدث له انه في احدى نوبه رمى نفسه من نافذة الطبة الاولى فجرحت ساقه اليمنى جرحاً كبيراً وقد استمر هذا الارتباك الدماغي شهراً كاملاً كانت الحرارة في اثائه تموج بين ٣٨ و ٣٩ وكان منذ البدء تباين في الحدتين وخوف من الضياء وازدياد الافعال المنعكسة التزيرية والجلدية ، وقبض مستعصر . بزل قطنه فخرج سائل صافٍ وكان ينصب قطرة قطرة وكان تركيابه الكيماوي والخلوي طبيعيين . استنبت دمه فكان الاستنابت سليماً ، تمحريت الحيويئات الدموية في دمه فلم يظهر لها اثر . وكانت كبده كبيرة وفي بوله كمية قليلة من الاحين وبعض الاصبغة . والملاح الصفراوية وكثير

من صفراوين البول (اورويلين)

وبعدان مرَّ شهر على هذا المريض اي في ٢٧ تشرين الاول فكرنا في داء المتحولات لاحتمان الكبد والعلامات الصغيرة التي بدت في البول وكانت دليلاً على قصورها . فحقنا وريد المريض يومياً بثمانية سنتغرامات امين حتى بلغ مجموع الامتين ٦٠ سنتغراماً فشفي المريض بسرعة

....

المشاهدة الثانية: النوع نظير التيفو من داء المتحولات (تشوشات سحائية)

(مشاهدة لويس ، ترايو)

دخلت مستشفى القديس بوحنا في بيروت في ١٧ شباط سنة ١٩٢٦ امرأة فنية لم يمر على وجودها في سريرية اكثر من سنة وكانت قد أصيبت في اثنائها بنوب اسهال بعنيفة لم تعرها اهتماماً . وكانت حرارتها حين دخولها ٤٠ وكانت تشتكى آلاماً رأسية شديدة وخوفاً خفيفاً من الضياء وكان عنقها متصلباً ولسانها وسخناً وكانت مصابة بقبض وكبدها ضخمة تجاوزت الاضلاع السابعة ثلاثة قراريط وكانت تبدو على بطنها ثلاث لطخات غشية وكان طحالها مجسوساً وكانت مصابة بيرقان خفيف . عوين الدم فلم تبد فيه حيويينات دموية استبنت مرتين فكان استنباته سليماً وكان في البول آحين خفيف (٣٠ ، ٠) سنتغراماً وبعض الاصبغة الصفراوية الطبيعية وصفراوين البول

بقيت الحرارة مستمرة . ثم اعترى المريضة في اثناء حماها هذه اسهال فكانت تنغوط ٣ - ٤ مرات في اليوم فتحريت المتحولات (اميب) في الغائط فكشفت فيه فعولجت بالامتين حقناً في الوريد وكان مجموع ما حقنت به ٤٨ ، سنتغراماً

فسقطت الحصى منذ اليوم الثاني اي بعد الحقنة الاولى وشفيت شفاءً سريعاً .

.....

المشاهدة الثالثة : النوع نظير التيفو من داء المتحولات (حالة سحائية)
(مشاهدة لويس ، ترايو)

ابنة عمرها تسع سنوات تقطن سورية منذ اربع سنوات اصابته سابقاً بعض حالات زحارية دخلت المستشفى في ٢٣ ايار سنة ١٩٢٦ تشكو قولنجاً وآلام رأس شديدة وألماً حاداً في عضلات النقرة والصدغين وكانت حرارتها في المساء ٤٠,٦٧ وكانت مضطربة مصابة بالهذيان ثم لم تلبث ان أصيبت بهبوط شديد

وكانت عضلات نقرتها متصلبة بعض التصلب ولم يكن تشوش في رؤيتها وكانت الإفعال المنعكسة الحدقية طبيعية . وقيت المريضة حتى اليوم الثاني تشكو نقرتها وصدغها وتخاف الضياء خوفاً واضحاً . استنبت دمها فكان الاستنبت سليماً . بقيت الحرارة مرتفعة في الايام التالية وآلام الرأس والهيوط ملازمة . وكانت في البول كمية كبيرة من البولات ولم يكن فيه آحين وكان الطحال والكبد طبيعيين ففكر في داء المتحولات بالنظر الى سابق المريضة الزحاري فحقن ورديها بثلاثة ستغرامات امتن وزالت الحرارة في البعد وهجعت الاعراض جميعها فتوبر على المعالجة بالامتين فشفيت

.....

المشاهدة الرابعة : (حالة انقطاع عن الحقيقة سابقة للجنون « état schisophré- nique prédémementiel » تالية لنزاع متحولي) (مشاهدة ترايو وجود)

مر يض دخل مستشفى دمشق في ٢٣ تشرين الثاني سنة ١٩٢٦ مصاباً بفقر دم ، وبعد ان مر عليه اسبوعان في المستشفى اعتراه زحار واضح متصف بزحير وكثرة تعوط ومخاط ودم في الغائط الذي بدت فيه المتحولات . فتبدلت اذ ذاك حالته العقلية مع انها كانت حتى ذلك التاريخ طبيعية ، فلم يفتد بعاشر رفقاءه ولكنه كان يصرف نهاره في فراشه نائماً على جانبه الايمن ويده اليمنى تحت رأسه ، ولم يكن يأكل الا حينما كان يجبر على الاكل وكان يتعوط في فراشه بدون ابتداء ولا تظهر عليه علامات الانزعاج من هذه الحالة الوسخة ، وكان يجلس قرب سريره دون حراك وبصره ضال متى كان يجبر على ترك فراشه ، فحقن وريده بالامتين فزالَت اعراض الزحار زوالاً تاماً وعاد الغائط جامداً وزال منه المخاط والدم ، غير ان الحالة العامة ساءت وخطرت فخرس المريض ولازم وضعته المعهودة كانه جماد دون أقل حركة ، ثم لم تلبث ان ظهرت اعراض دالة على العته لانه ضرب يوماً أحد جيرانه دون سبب ورمى نفسه مرة ثانية في حوض المستشفى دون ان يكون ثم داع وبدت في طرفية السفليين وذمة وتشوشات وعائية حركية موقته ولم يكن آحين في بوله وكانت البولة في دمه ٣٠ سنتغراماً وقد خرج يزل القطط سائل صاف تركيباه الكيماوي والخلوي طبيعيا وكان تفاعل الجاوي الغروي وواسرمان سلبين ولم تبد في أقل علامة جسدية (somatique) واضحة الى ان كانت ليلة نهض بها من فراشه واندفع نحو الحوض ورمى نفسه فيه ففرق

المشاهدة الخامسة : (اعراض سحائية متكررة في اشخاص يحملون ايكاس

التحولات) (مشاهدة خاصة)

خياط دخل اولاً المستشفى العسكري بدمشق في ٢٩ كانون الثاني سنة ١٩٢٧ ولم تكن حرارته مرتفعة بل كانت تقرته متصلة تصلباً جلياً وكانت علامة كرينغ ايجابية فيه وكان يخشى الضياء شديدة للغاية وموئمة حتى انه كان يبكي متى عرض له . بزل قطنه فتدفق منه سائل صاف فيه ٣٠ ستغرام سكر وكانت تفاعلاً الجاوي الغروي وواسرمان سلبين فيه ، وكان في السائل ٠٠٩ خلايا في الملمتر المكعب بحجيرة ناجوت ولم تبد في الدم حيويينات دموية وكان الطحال طبيعياً ولم تكن في الغائط بيوض ديدان .

استراح المريض راحة شديدة بعد البزل فترك المستشفى ظناً منه انه شفي غير انه عاد اليه بعد سبعة ايام مكتوباً على ورقته « اعراض سحائية » وكان مصاباً بتصلب عنق واضح وكرينغ وخوف من الضياء دون تشوشات حذقية وكانت حرارته طبيعية . بزل قطنه ثانية وأجري عليه تفاعلاً وواسرمان والجاوي الغروي وحلل تحليلاً كيمياوياً وخلوياً فكان طبيعياً . ولم يكن في الغائط بيوض ديدان غير ان تحري ايكاس التحولات بطريقة كارل (Carles) كشف عدداً عديداً منها وقد نبهنا الى هذا الفحص الاسهال الذي أصيب به المريض . حقن وزيدته بثلاثين ستغرام ارسنوبنزال كل اربعة ايام مرة حتى بلغ المجموع ثلاثة غرامات فشفي شفاء تاماً واستمر شفاؤه .

....

يظهر للنظرة الاولى ان هؤلاء المرضى ليسوا من زمرة واحدة وانه ليسهل

علينا بعد ان ندقق في مشاهداتهم ان نقسمهم قسمين فنجعل في القسم الاول مريضى المشاهدة الاولى والرابعة اللذين دلت اعراضهما العصبية على ان الدماغ قد أصيب . ونضع في القسم الثانى مريضى المشاهدات ٥، ٣، ٢ الذين دلت اعراضهم العصبية على ان السحايا كانت متنبهة .

ذكر التاريخ الطبى الحديث حتى الان ان المتحولات تصل الى الدماغ وانها باستقرارها فيه قد تحدث خراجاً تكشف في صديده المتحولات . فعلم هذه الطفيليات في الدماغ عمل متلف كما هي عاداتها حيث حلت . اما الحالات التي أوردناها فليست من هذا النوع ولا تدل على فعل موضعي قامت به المتحولات لان شفاء المريض بسرعة فائقة بعد المعالجة النوعية ينفي ذلك وخلوهم من العقابيل (sequelles) امر مستحيل لو كان دماغهم قد أصيب بهذه الحالة المخربة .

وبما ان مرضانا اذا استئذينا منهم المريض الرابع قد نالوا جميعهم الشفاء فالحالة التي اصابهم ليست من هذا النوع بل انها ناجمة من فعل المتحولات عن بعد اي من فعلها المعتف فعلاً تختلف آيته في الاعراض السحائية والتشوشات الدماغية نفسها .

ان التشوشات السحائية التي ذكرناها تدل على ان الحالة هي حالة تنبه سحائي وليست حالة التهاب السحايا الحقيقي غير ان هذا التنبه كان واضحاً في جميع هذه المشاهدات

واكبر دليل عليه الخوف من الضياء وصلابة النقرة وعلامة كرينغ وآلام العضلات والصداع الشديد الذي ذكره ماري كاستكس ودانبال غزنواي .

وعدا ذلك فان بزل التطن الذي اجريناه كما في المشاهدة الرابعة كان دليلاً على ازدياد التوتر ولا سيما في المرة الاولى ولو كان تركيب السائل من جميع الوجوه طبيعياً .

وقد كان البزل كافياً لازالة جميع الاعراض السجائية ازالة موقته لان السبب الاساسي نعني به داء المتحولات المزمن لم يكن قد عولج . وان آلية هذه التشوشات السجائية تقرب كما يظهر لنا من الآلية التي تحدث التهاب السحايا الدودي . فقد ذكرت لتعليل هذا فرضيتان اولاهما الفعل الانعكاسي الذي لا يزال يعيره المؤلفون القداماء اهتمامهم مع انه اليوم قد سقط من أوج مجده وثانيتهما اقرب الى الصواب وهي فعل ذيفانات الديدان الذي يقر به اليوم جميع المؤلفين . وانا نعتقد ان هذه الفرضية الاخيرة تنطبق تمام الانطباق على ما نحن في صدد الان لان فكرنا يتجه الى الاقرار بان للمتحولات ذيفانات كما للديدان وان هذه الذيفانات سبب هذا التنبه السحائي البعيد فشاهداتنا تأذن لنا بادخال هذا المبدأ الجديد في مبحث الامراض العامة وهو انه قد تكون للمتحولات ذيفانات تفرزها فتؤثر بها في الاعضاء البعيدة .

....

اما تأثير داء المتحولات في خلايا الدماغ الذي أدى في مشاهدتنا الاولى الى ارتباك العقل وهذيان وسير في المنام وفي المشاهدة الرابعة الى حالة انقطاع عن الحقيقة سابقة لبعثه فسهل تعليله . كل يعلم ما لخلايا الكبد من الميل الى المتحولات حتى ان الكبد لا تخرج سالمة مهما تنوعت المشاهدات في هذا الداء . وان من نعم النظر في مشاهداتنا وقرأها بتأن يرى انه في اربع منها وهي التي حلل

البول فيها قد ظهر في البول من العلامات الصغيرة المجمعة ما يدل على قصور الكبد كظهور الاصبغة والملاح الصفراوية والنيلة وصفراوين البول (اوريلين) والبولات (اورات) . أفلا يجوز ان يكون ارتباك العقل في المشاهدة الاولى التي كانت بها العلامات الصغيرة الدالة على قصور الكبد واضحة تمام الوضوح شكلاً عقلياً من قصور الكبد وهو الشكل الذي وصفه وصفاً جلياً فيغورو وجوغليس ولايل لافستين . ويمكننا ان نعلل حالة الانقطاع عن الحقيقة في المشاهدة الرابعة التعديل نفسه وان نكن لم نحلل البول لاتنا لم نستطع الى ذلك سبباً لان المريض كان يبول في فراشه ولان هذا الامر لم يتبادر الى ذهننا سريعاً . فليست المشاهدتان والحالة هذه متباعتين احدهما عن الاخرى لانهما تستندان الى اساس واحد وهو قصور الكبد ولان حالة الانقطاع عن الحقيقة السابقة لعه حسب رأي الاستاذ الكبير رجي (Regis) من بوردو تتلو ارتباك العقل . وليسمح لنا في النهاية بابداء فكرة لا نذكره الا بحيطه وهو انه اذا اثبت المستقبل ان للمتحولات ذيفانات كان تأثيرها في السحايا واعصابها الخاصة امرأ لاشك فيه فتكون مشاهداتنا هذه التي تبدو متفرقة قد جمعتها جامعة واحدة وهي جامعة السبب الواحد .



خلع ولادي مجهول

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان المريضة التي يدور عليها كلامنا الآن جاءتنا متألمة من فخذها اليمنى قائلة انها تعب سريعا متى مشيت . وقد ثبتت فخذها مرتين في جهاز جليسي وفي مستشفين غير مستشفانا فلم تتحسن حالها فأتت تسألنا الان عما اذا كانت محتاجة الى تثبيت ثالث .

وبعد ان اثبتت لنا ان الالم اصابها منذ سنتين فقط على اثر سقوط رضت به فخذها وكادت تحرف تشخيصنا وتبعده عن الحقيقة عادت فأقرت لطيبنا الداخلي ببعض معلومات اخرى اثارت تاريخ مرضها وهذا ملخص ما ذكرته للطبيب المومى اليه :

عمر المريضة ٢٦ سنة ، لم تمش الا في شهرها الثامن عشر ولم تخبر شيئا عن الوقت الذي مرت منذ تلك التاريخ حتى السنة الثانية عشرة او الثالثة عشرة اذ بدأت تشعر بالألم . عالجها البعض كصابة بالريثة وارسلت في سنمها الخامسة عشرة الى حمة طبرية فلم تبين من الاستحمام اقل فائدة .

ثم استخدمت في احد البيوت فزلت قدمها منذ سنتين وسقطت على فخذها فازداد ألمها وليس في هذا ما يعجب . وقد اهتم بامرها لانها كانت في بيت احد الاطباء فثبتت فخذها في جهاز جليسي كبير ستة اشهر ثم نزع الجهاز وحررت فخذها اربعة اشهر ونصف شهر وأعيد الجهاز الجليسي مرة ثانية اربعة اشهر ونصف وقد مر عليها الان خمسة اشهر بدون تثبيت .

صحة الابنة حسنة وهي مفتولة العضد مكنتزة وليس في سوابقها الشخصية او الارثية ما يستحق الذكر سوى ما ذكرته لنا عن مرضها الحالي ، وليس في عيلتها عرج ولم تسقط والديتها . تبين من فحصها وهي منتصبه انها تميل بعض الميل الى الجهة المريضة وانها تستند الى طرفها المريض وهو منبسط وان قدمها مدارة بعض الدوران الى الانسي وان في طرفها جميعه ضموراً عضلياً لا يستهان به يظهر بالعين المجردة بيد ان عضوها السليم منعطف بعض الانعطاف وركبتها روحاء (genu varum) وصدفها هذا خفيف

اما تشوه الفخذ فخفيف لا تدركه العين ما لم تكن معتادة متعرجة . فالمدور (تروخانتير) اشد بروزاً واكثر ارتفاعاً واتلاباً الى الوحشي مما هو عليه في الجهة السليمة والآلية اقل بروزاً والثنية الالوية اكثر انخفاضاً في الجهة المريضة اما الزور (scoliose) فليس واضحاً في العمود الفقري لان المريضة تعيض عن آفتها جيداً والوقوف على قدم واحدة مستحيل وهذا دليل على عجز العضلة الالوية الوسطى .

ومتى مشت المريضة ينخفض حوضها الى الجهة المريضة . ويبقى الطرف المصاب مقرباً من الخط المتوسط ومنبسطاً وتندفع الكتف الى الجهة المريضة ولا يتقوم الجسد حين استناده الى الطرف المريض تقوماً تاماً .

اما في الاضطجاع فاجراء الحركات في الطرفين يكاد يكون واحداً وطبيعياً ما عدا التباعد والدوران الوحشي فانهما محدودان في الجهة المريضة . ويشعر بالالهام ، على الرغم من اكتناز جسد المريضة ، بوفرة عند قاعدة

مثلث سكاربه في العضو المريض وان الكرمة ^(١) ليست في مقرها بل متبدلة بعض التبدل . وان العقد البلغمية في الاربية لم تضخم .
وقد استتجنا من قياس الطرفين ان المدور اعلى في اليمين مما هو عليه في اليسار . وان الطرف اليمين اقصر من اليسار بثلاثة سنتمترات . وان الضمور العضلي ثمانية سنتمترات في الفخذ وسنتمتر واحد في الساق . وليس في مفصلي الركبة وعنق القدم ما يستحق الذكر . وكذلك القول في القطن والفخذ الثانية : وصفوة القول ان احد مدوري هذه المرأة أعلى في اليمين واكثر بروزاً مما هو عليه في اليسار وان كرمتها ليست في مركزها وانها تعرج عرجاً خفيفاً وتعجب بسرعة متى مشت فما هو مرضها يا ترى ؟

متى علا المدور كان المرض خلعاً او وركاً أقفد (coxa vara) لانه ما من علامة تدل على انكسار العنق ، غير ان الكرمة تلازم مقرها في الورك الاقعد والقدم تدور الى الوحشي والمريضة لا تتألم

فلم يبق غير الخلع لدينا . هل الرض الذي ذكرته المريضة منذ سنتين كاف لتعليل تبدل الكرمة ؟ لا انا نستبعد هذا لان الرض ان لم يكن شديداً لا يبدل الكرمة من مقرها ويخلعها متى كان المفصل السكائنة فيه سليماً . وان المريضة قد ثابرت على المشي مع انها كانت تتألم وهي قد بدأت تتألم منذ سنتها الثانية عشرة .

وهل يجوز لنا ان نفكر في خلع تالٍ لالتهاب المفصل الحرقفي الفخذي السلي القديم ؟ فهذا مستبعد الوقوع ايضاً لان المريضة كانت لازمت فراشها

(١) الكرمة هي رأس الفخذ المستدير كأنه جوذة تدور في قلب الورك

للآلم الذي يحدثه هذا الالتهاب سنة أو سنتين ولأن هذا الالتهاب السلي يشفى بالتصاق المفصل ولأن الآفة السلية اذا كانت قد شفيت بعد ان اُبقت للمفصل حركته تكون قد اتلفت الكرمة وحدثت خراجات باردة فانفتحت الى الخارج وتركت ندباً لا تمحى .

هل الآفة اذن نتيجة احد هذه الالتهابات العفنة بالمكورات الرئوية التي تقع في الطفولة الاولى ؟ لو كانت كذلك لكننا رأينا ندبة الشق .
ام هل التهاب المفصل الزهري الذي يقرّ به بعض المؤلفين كافٍ لاحداث هذا الخلع ؟

أم هل السبب التهابات العظم والنقي المنتشرة التي لم يجمع رأي المجهزين (orthopédistes) حتى الان على طبيعتها وسيرها والتي تظهر في الطفولة الثانية وتشفى عفوياً بعد ان تترك نتائج متفاوتة الشدة متصفة بنقص الوظيفة ؟
ام هل ننسب الخلع الى آفة لا يزال الرأي الطبي مختلفاً عليها يسميها بعضهم التهاب العظم والفضروف (ostéochondrite) والبعض الآخر الورك المسطح (coxa plana) ولا يقر كالو بوجودها ؟

ان الجوف الحرقفي يصاب ايضاً في هذه الآفة ولهذا يعتقد كالو ان هذه العلة التي تطرأ على الورك ليست سوى انخلاعات ولادية مجهولة .

يظهر التهاب العظم والفضروف في الطفولة الثانية بيد ان مريضتنا لم تتألم الا في السنة الثانية عشرة او الثالثة عشرة ، هو آفة بقيت على الحركات الاقل التبعيد وتصاب بها العضلة الاولى بالخلذل (parésie) ويعلوها المدور ويبرز كما في مريضتنا غير ان سير الآفة ينتهي بعد سنة او سنتين فلا يتألم المريض بعد انقضاءهما ولا

تظهر الافات الا بالرسم الكهربي . وهذه الافة تصيب الذكور وقد حدث لكثير من الجنود قبل ان عرفت جيداً ان اخرجوا من الخدمة العسكرية لتوهم الاطباء الذين عاينوا انهم مصابون بالتهاب المفصل الفخدي الحرقفي السلي بيد انهم استعادوا وظيفة اعضائهم بعدئذ استعادة تامة ولم يكونوا مصابين بسوى التهاب العظم والغضروف وليس في هذه المريضة اثار للشلل الطفلي لنعلل به اعراض هذا الخلع .

فهل يجب ان نفكر فقط بخلع ولادي ؟ ونعني بالخلع الولادي مسانعي بالفتق الولادي اي ان الولد يولد دون ان يكون مفصلاً منخلعاً بل يكون في مفصله استعداد للانخلع . تتأخر الحافة العليا للجوف الحرقفي في تكونها فاذا لم تعط وقتاً كافياً ليتم هذا التكون ومعنى ذلك اذا لم تجعل الفخذ في وضعة مناسبة كما يجب ان تكون في الخلع الولادي حسب شريعة دالبش انقذت الكرامة من جوفها متى مشى المريض لان الجوف عاجز عن ضبطها وانخلعت .

بمشي الولد متى كانت بنته طبيعية في شهره الثاني عشر فاذا كانت الابنة مصابة بخلع في احد الطرفين لم تمش الا في شهرها الثامن عشر . واذا كانت مصابة بخلع مزدوج فلا تمشي الا في شهرها الرابع والعشرين . وقد عرفت هذه الابنة من ابويها انها لم تمش الا في الشهر الثامن عشر واوضحت لنا المعاينة انها مصابة بخلع : فالمدور عالٍ والكرمة خارجة من الجوف الحرقفي والعرج واضح والمريضة اثني وجميع هذه الاعراض تدلنا دلالة واضحة ان الافة خلع ولادي كان مجهولاً حتى يومنا هذا .

وقد رسمت الناحية فاستتبعنا من الرسم :

انه لا كسر في فخذه . وان جسم العظم دقيق دقة غير طبيعية وان المنق

قد قصر حتى إنه لا يكاد يكون ظاهراً وأن الكرمة قد تسطحت (الورك المسطح) وإن حدودها واضحة: الأمر الدال على أن الآفات قد شفيت هذا إذا كانت الكرمة قد مرضت فيما مضى غير أن هذه التبدلات الشبيهة بالقلنسوة ذات الرفرف أو بسطام عجلة القطار الحديدي تشاهد أيضاً في الخلع الولادي ولم تلتف الكرمة كما هي الحالة في التهاب المفصل الحرقفي الفخذي السلي .

وتستند هذه الكرمة إلى جوف ناقص والفسحة المفصالية واضحة ولا تظهر في العظم آفة آخذة بالسير وهذا الرسم الحاضر شبيه كل الشبه بالرسم الذي رسم منذ عشرة أشهر لأن المنظر لم يتبدل . وفي هذا الرسم ما يسترعي النظر وهو انقطاع خط العقود (cintres) فإن الخط المائل لحافة عنق الفخذ السفلي لا يتصل بالخط المائل للحافة السدادية العليا بل نقطة الاتصال بينهما هي الخط المائل المدور الصغير كما في بعض حالات الورك الاقعد غير أن الكرمة ليست مكانها هنا والخط الذي يسير على حافة العنق السفلي لا يتممه أيضاً خط الحافة الوحشية لعظم الحرقفة : فالكرمة إذاً قد علت .

وانا نرى الكرمة في هذا الرسم قد اتخذت لها جوفاً جديداً وإذا فتشنا عن الجوف القديم رأينا ضامراً وقد بين لنا التسليخ في الحوادث الشبيهة بهذه أن هذا الجوف يكون ممتلئاً نسيجاً ليفياً . وانا إذا رسمنا على هذه الصورة الخط الذي يرسمه امبردان في الطفل نعي به خطأً اقياً ماراً بقعر الجوفين الحرقفين حذاء غضروف (y) نتحققنا أن الكرمة قد علت كثيراً . وإذا انزلنا خطأ عموداً على هذا الخط ماراً بما بقي من الحافة الوحشية لهذا الجوف الحرقفي القديم نتحققنا أن الكرمة في الوحشي

فانقطاع خط العقود (cintres) ووجود الكرمة في ربع الدائرة العلوي الوحشي يثبتان الخلع . لان الكرمة يجب ان تكون في الحالة الطبيعية انسي الخط المماس لحافة الجوف الحرقفي .

ليس في الجوف الحرقفي سل أ تلفه بل هو جوف لم يكمل نموه لانه لم يتم بالوظيفة المعد لها فسدّ وقد استندت الكرمة المنخلعة الى العظم الحرقفي فوق حافة الجوف القاصرة فتكون نجوف جديد .

ويرينا الرسم ايضاً ان نصف الحوض قد ضمّر كما هي عليه الفخذ ايضاً (العانة والورك وعظم الحرقفة) .

وبما اننا قد نفينا كسر العنق والورك الاقعد والخلم الرضي والخلع الرضي الناجم من التهاب المفصل العفني او السل والتهاب العظم والغضروف ايضاً وبما ان السريريّات وجنس المريضة وتأخر المشي والرج والزسم الكهربائي وآفات الجوف الحرقفي وضمور نصف الحوضه وجسم الفخذ قد جاءت مثبتة للخلع الولادي فاننا نقف عند هذا التشخيص .

ولكن لماذا تتألم المريضة والخلع الولادي في الاطفال ليس مؤلماً في الغالب ومتى ظهرت الالام كانت ناجمة من شيء آخر لان المفصل الجديد معرض للأمراض التي يتعرض لها المفصل الحقيقي .

ليس الالئم ناجماً من التهاب المفصل السلي لاننا لا نرى تقعماً ولا دفاعاً عضلياً ولا عقداً بلفسية وليس ناجماً من التهاب المفصل السيلاني لان هذه الابنة لم تصب بجرقة البول ولا من الزهري ايضاً . وهذه الالام لا تمنع المريضة عن المشي والوقوف فليست اذن ناجمة من التهاب مفصلي حاد بل تظهر حينئذ التعب

وليس في المفصل فرقة . ثمشي هؤلاء المريضات مدة طويلة دون ان يعلمن انهن مريضات غير انهن متى طال العهد عليهن يشعرن بما اصابهن لان التعب واسترخاء الربط واحتكاك السطوح المفصلي والضمور العضلي وتمدد العضلات كل هذا يولد الالم

ما هو مستقبل هذه المريضة ؟ اذا ثابرت على المشي والعمل وهي واقفة استمر ألمها وازداد ولكنها اذا استراحت ومدد طرفها تمديداً مستمراً متى قضت الحاجة به زالت الالام . وربما تمكنت من العودة الى المشي بعد ان يمر زمن على سكون آلامها غير انه ما من شيء يمنع التهاب المفصل عن الظهور ولا صلابة هذا المفصل الجديد التدريجية ولا الالتصاق التام في العقد الخامس من العمر . وقد يكون هذا الالتصاق نوعاً من الشفاء غير انه إقعاد مزعج يمنع الانسان من الجلوس وصعود السلم .

اما المعالجة التي نشير بها فليست من دائرة علم التجيير (orthopédie) لان رد هذا الخلع قد مر العهد عليه فالجوف الحرقفي مملوء وشريعة دالبش لم تعد مما يصح تطبيقه . في هذه السن وليس لدينا اجهزة خارجية تضبط المدور في مكانه . ولسنا نشير بالتثبيت بل بالراحة في الفراش والاضطجاع متى ظهر التعب واننا نبذ جانباً الجبس الذي يضر العضلات فيزداد تقلقل الكرامة بضمورها وتشتد الالام والعجز أو يحدث الالتصاق المزعج الذي يقضي الواجب بتأخير ما امكن . ننصح لهذه الابنة اذن بتبديل مهنتها بمهنة لا تستدعي الوقوف والمشي كالخياطة . ليست آلامها الان ناجمة من التهاب المفصل لان مفصلها الجديد ليس ملتهباً بل من التعب العضلي وارتخاء الربط ويظهر انها قد أعاضت عن

هذا التبديل ما أمكنها . واما متى دأبت آفتها مؤلة آلاماً شديداً فأننا نشير عليها بمعالجة جراحية ولا نعني بها معالجة يفتح المفصل بها لان هذه العمليات خطيرة جداً تقضي الى الالتصاق متى لم تهدد الحياة بالخطر بل نشير بعملية لا يفتح بها المفصل وصفها لانس جيداً في مؤتمر التجبير سنة ١٩٢٥ وهي تقوم بايجاد مستند عظمي للكرمة تستند اليه في العالي . غير ان المريضة بعيدة عن قبول اقتراحنا الجراحي ولهذا نكتفي باجراء المعالجة الملطفة التي ذكرناها آسفين كل الاسف ان تكون هذه الابنة قد ذهبت ضحية اهل والديها وعدم اكترائهما بتأخرها عن المشي او بخرجها او ضحية الطبيب الذي عاينها فافهم والديها ان هذا الامر يزول عفواً مع مرور الزمن

علينا ان نفكر في الخلع الولادي متى رأينا ابنة قد تأخر مشيها او متى رأيناها تميل في مشيها ، وألاً ننسى ان المعالجة متى أجريت منذ البدء اي منذ الشهر الثامن عشر تشفي هذه العلة شفاء تاماً وان هؤلاء الاولاد اذا تركوا وشأنهم كانوا مقعدين وعرجوا طيلة حياتهم لان خمس سنوات اذا مرت على الخلع الولادي المفرد او سبع سنوات على الخلع المزدوج اعادت معالجتهم عقيمة



بحث تشریحی سریری فی التقیحات المحیطة بالبلعوم وکیفیه تشخیصها ومداواتها « ٣ »

للحکیم عبد القادر سري

استاذ امراض الاذن والانف والحنجرة وعلم التشريح

خراجات البلعوم الجانبية التي تتكوّن في المسكن الحشوي

لما كانت الخراجات المذكورة تتكون في الفسحة الجنبية الحشوية من المسكن الحشوي الذي مر وصفه في غير هذا المكان وكانت تتألف من قطعة شكلها مغزلي يوافق سقفها قاع بوق اوستاكيوس ثم يكمل قسمها السفلي الضيق في الاسفل الفسحة الجنبية الحشوية - سميت الخراجات تحت اللوزة والبوق (phlegmons sous - amygdalo - tubaires)

اسباب المرض : قد ذكرت اسباب كثيرة منها سربوق اوستاكيوس والنفخ فيه وثقب او كسر جدار البلعوم بالاجسام الغريبة وانتقال بعض الشظايا العظمية الى جدران العضو المذكور من الاذن والعوارض التي تعقب جرح الجدار الخلفي للجيب الفكّي في اثناء بزله وغسله وسوى هذا . وقد شاهدت حادثه من هذا النوع في سريريّات الاذن لجامعة استراسبورغ كان سببها ادخال المبرّز في الجيب الفكّي الى ابعد ما يقتضيه الواجب وجرح وجهه الخلفي وانتقال العفن الى الطبقة الخلوية الكائنة في الحفرة الجناحية الفكّية .
ان خراجات البلعوم الجانبية قد تنشأ من هذه الاسباب الاّ نفيّة الذي ذكر غير

ان نشأتها منها نادرة بيد ان اسباباً أخرى تحدث هذه الخراجات. ولا يشك في تكوينها للفلمغونات حول البلعوم وهي الفلمغون فوق اللوزة او الفلمغون الحفافي الحنكي .

تظهر الفلمغونات المذكورة بعلامات النهاية تستقر في النسيج الخلوي الكائن في القطعة الواقعة بين السويقة البلعومية وارتكاز سويقة الحفاف اللسانية حيث الجدار الوحشي للبلعوم الموافق لهذا الموقع رقيق او منفجر غالباً يدع للاتان منفذاً فيه .

وذكر (تروفر) نقلاً عن (كليان) ان الحفرة فوق اللوزة هي أثر للشق الغلصني وانها كناسور اعور ولادي باطن وانها تقابل الخراجات قرب اللوزة التي سماها (فالاس) الفلمغونات الظاهرة حول اللوزة لمور وبرونل .

الشكل السريري

خراج البلعوم الجاني شكلان سريريان علوي وسفلي .
الشكل العلوي : يقابل الشكل المذكور الفلمغون حول اللوزة الظاهر (لمور وبرونل) الذي مر ذكره آنفاً ويختلف تكوينه حسب الاسباب ولكنه يتدنى بعلامات عامة تظهر دفعة واحدة وهي : الخبي ، والعرواء وتوعك المزاج والصداع التي يعقبها بضع علامات أخرى تقسمها قسمين وظيفية وطبيعية .
العلامات الوظيفية : تقسم العلامات الوظيفية ايضاً قسمين موضعية وعامة بما ان فلمغون البلعوم الجاني ينشأ من الاتان فوق اللوزة غالباً فكانت ألم الحلق من العلامات الموضعية المتغيرة وبما ان الحنق يتصف بالعلامة نفسها فكان التباس احد المرغزين بالآخر كثير الوقوع غير ان بعض الخصائص كافية التمييزها

فإن الألم شدة في الفلغمون مما هو عليه في الخناق والخناق يشمل الجانبين بيد أن
الفلغمون ينحصر في جانب واحد ومتى عم الجانبين أصاب الأول قبل الثاني
وكانت بين الإصابتين فترة يشعر بها المريض نفسه .

وأما تشوش الصوت وعودة السوائل من الحفرتين الانفتحتين فلا يظهران
إلا في الأدوار المتأخرة من الخناق وينجمان من شلل الحفاف . بيد أنهما في
الفلغمون فوق اللوزة مبكران في الظهور وسببهما صعوبة الحركة أو تعذر إجراء
الحركات الآلية أو التهاب عضلات العضو المذكور .

واقتراب الفكين في فلغمون العلوم الجانبي سريع الظهور غير أنه لا يمنع
الطبيب المستقصي من الاستقصاء في تجويف الفم والمريض المصاب بالفلغمون
يشخر ليلاً ويسيل لعابه من الفم ويتجاشئ التكلم اجتناباً للألم الشديد .

وأما العلامات العامة فهي ارتفاع الحر حتى (٣٩ - ٤٠) والذهبان ،
والتهنجات في الأحداث ، وخسوف الوجه ، والوهن ووجود الجهد تحاشياً للألم
وصغر النبض وتقطع في الحالات الوخيمة .

العلامات الطبيعية : متى فحصت الأجزاء المجاورة لتجويف الفم ولا سيما
ما تحت زاوية الفك ظهر الألم فيها لأقل لمس والتعجن الباطن فيها نادر وهدت
العقد البلغمية منتبجة في الغالب وقد لا تنتج .

ومتى فتح الفم ودقق فيه بدا التورم في الحفاف فوق اللوزة وظهرت اللوزة
مندفعة نحو الطرف السالم بسبب تراكم الصديد في القسم الجانبي للعلوم وسبب
الفسحة الجانبية للمسكن المشوي . وقد يصعب على الطبيب من القطعية الموثوقة
بسبب اشتداد الألم فيتعذر عليه إثبات التورج بصورة واضحة . (تروفر)

جزياً على رأي (سبيلو) اجراء البزل الاستقصائي لكشف الصديد .
 سيز المرض : اذا اهملت خراجات البلعوم الجانبية العلوية الناشئة من
 الحفرة فوق اللوزة وترك وشأنها انفتحت في الحفرة فوق اللوزة وبما ان الفوهة
 التي تفتح من تلقاء نفسها لا تكفي ينكس الخراج ثانياً وتعاود العلامات
 المرضية والعامة المريض .

واما الخراجات الرضية المنشأ فتخرب صفاق البلعوم وتنتشر الى المساكن
 المجاورة وتفتح على الجلد او تنتشر الى قسمه السفلي - وهو الأرجح - وتحدث
 الفلغمون الرقيبي العميق الذي يتصف بعسر البلع والتنفس المستمرين اللذين
 تتخللها فواصل تشدد فيها التشنجات المثبتة لوجود الوذمة العنقية في الخنجرة
 الشكل السفلي : الفلغمون الرقيبي الباطن الذي ينشأ من انتشار الخراج
 الجانبي للبلعوم الذي اهمل امره غالباً .

اسباب المرض : ينشأ هذا الفلغمون في الغالب من رضوض اعضاء البلعوم
 بالاجسام الغريبة او في اثناء استخراجها او حين الاستقصاء اذا لم يحمره
 الطبيب وفقاً للفن ولربما يحدث هذا الفلغمون من الصديد الذي يستولي على
 المسكن الحشوي والناجم من تقيح الجسم الدرقي او من التهاب الغضروف الحلقى
 العلامات المرضية : - تقسم الى علامات عامة ووظيفية وطبيعية .

العلامات العامة : هي الحمى التي تبلغ (٤٠°) وتوج موجات عظيمة
 والارعدة ، وسوء الحالة العامة ، وخسوف الوجه وازرقاق ما حول الشفتين ،
 وجبلة التنفس وارتجاجه ، وتشوش النبض .

العلامات الوظيفية : هي صعوبة البلع والتنفس وقد تفضي صعوبة البلع الى

الامتناع التام وتنشأ صعوبة النفس من وذمة الخنجرة التي تبندى أولاً في الشهيق مصحوبة بوضع نوب اختناقية تشتد اشتداداً تدريجياً ويظهر السحب ثم يستولي على زمني الشهيق والزفير فيشتد السحب أيضاً ويبدو الصوت الصوري وتشتد نوب الاختناق فتفضي الى الموت غالباً .

العلامات الطبيعية : يظهر في العنق ألم وتعجن عميق في مقدم الحافة الامامية للعضلة القصية الترقوية الخشائية وفي انسي أوعية العنق ومتى كان المجمع جسيماً بدا متوتراً وشعرت اصابع الطبيب الماسة بكتلة صلبة عميقة .

واذا تمكن الطبيب من اجراء القرع ايضاً ظهر الصوت الطلي ومتى استقصى في البلعوم والخنجرة - ويجب اجراء هذه العملية بتأن وتؤدة لانها قد تسبب تشنج الزمار والغشي المميت - ظهر اتباج وذمي احمر اللون في الميزابة البلعومية الخنجرية وارتشاح وذمي عفني حاد في محيط فوهة الخنجرة .

سير المرض : اذا ترك هذا الشكل وشأنه كان انذاره وخيماً لان انشقاق الخراج من تلقاء نفسه وانفراغه في الطرق الطبيعية لا يكفي للشفاء بل يعرض المريض لغوارض خطيرة فلما ان يفضي الانشقاق الى الاختناق الآتي او التالي العفني فتظهر في المريض بسبب ابتلاع المواد العفنة ونفوذها في طرق النفس ذات الرئة والقصبات او غنغرينة الرئة .

وكثيراً ما يتبع الفلغمون الجانبي للبلعوم السفلي طرفاً طبيعياً اخرى فينتقل الى المنصف عن طريق المسكن الحشوي ويستولي على النسيج الخلوي المحيط بالمريء فعلى النسيج الخلوي للمنصف ويفضي الى الموت السريع بغفونة الدم الفائقة الجودة ، او بالاختناق ، او بالغشي الناجم من نهي القلب .

وما اذا سنحت القرص واجري التوسط الجراحي فالشفاء كثير الوقوع
ومهما يكن فان الشفاء تابع لشدة سمية العامل الانتاني وقر الانتان .
نظرة عامة في انذار الخراجات الجانبية للبلعوم : — الخراجات البلعوم
الجانبية انذار وخيم في الغالب غير ان هذه الوخامة تختلف بحسب الانواع وسمية
العامل الانتاني ومقر المجمع الصديدي . فالانتانات الناجمة من المكورات الفقدية
واللاهوائية تمتاز بميلها الى الانتشار لشدة تخريبها . وقد اثبت التجارب ان
تعيين موقع المجمع الصديدي ضعب للغاية حتى ان امهر الجراحين يجزون شقوقاً
عديدة كبيرة دون ان يصلوا بها الى نتيجة حسنة يهدون بها الى موقع المجمع
الصديدي الامر الذال على ضرورة اجراء البزل الاستقصائي توصلًا الى تعيين
موقع الصديدي .

وصفوة القول ان كل فلعمون من الفلعمونات الجانبية الحشوية اذا ترك
وشأنه وخيم الانذار وان الفلعمون الذي يفتح ويخفض تحفيطاً واسعاً يشفى في
الغالب ويستثنى من ذلك الفلعمون المنتشر الغنغريتي الذي يمتاز بانذاره
الوخيم دائماً .
« للبحث صلة »



أربع وعشرون حادثة كسر الفكين بمرام نارية

(٢)

للحكيم غوستاف جينستاي أحد اساتذة شعبة طب الاسنان
توجعها الحكم مرشد خاطر

المشاهدة العاشرة : ش

جرح في ٢٥ نيسان سنة ١٩٢٦ دخل المستشفى في ٢٨ منه
التشخيص — كسر الفك السفلي في الرأد (الشعبة الصاعدة) الايسر بمرم دخل حذاء

الناعية النكفية وخرج حذاء الشفة السفلى التي شقت
شقاً خفيفاً . وقد احدث المرمي تلعماً في الفرجة ما بين
الاهام والسبابه .



وكانت جميع الاسنان من الناب الايمن السفلي
حق الناب الايسر السفلي مكسورة ولم يكن في الفك
السفلي تبدل يذكر . وكان يتحرك من تلقاء نفسه بدون
ألم وقد اظهر الرسم الكهربائي :

الرسم — ١٠

١ — كسراً في الرأد الايسر عند منتصفه وكان خط الكسر مائلاً من الوحشي الى
الانسبي ومن العالي الى الاسفل ومن الامام الى الوراء وكان الكسر مشظي

٢ — كسراً مشظي عند الوصل لم ينتبه اليه في البدء .

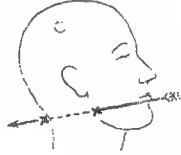
المعالجة — غسل الفم ، انتزاع الشفايا العظمية وكسرات الاسنان . انه حالة العظم
الحمئة (تعني بذلك بقاء العظم مكانه دون تبدل) والصعوبة التي كنا نلاقها في صنع
جهاز مثبت لهذا الكسر المثلث القطع لان الوسائط لم تكن متوفرة لدينا اضطررنا الى الاكتفاء
بتثبيت الفك برباط وارساله الى بيروت في ٦ ايار

المشاهدة الحادية عشرة : أ — جرح في ٢٥ نيسان ودخل المستشفى في ٢٩ منه

التشخيص — خزام في الفك الايمن والعنق بمرم ناري دخل في الاهام عند زاوية

الفك السفلي اليمنى وخرج من الوجه الجانبي الايمن للعنق تحت الحشاء وخلفه . لم تكن علامات كسر الفك مرئية غير ان المريض كان يشكو ألماً حين جس الزاوية وانزعاجاً حين المضغ .

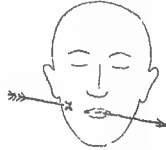
٣- ايار - رسم المريض فظهر كسر متداخل غير متبدل في زاوية الفك السفلي اليمنى وبت شظايا حرة وكان العظم قد اضاع بعض اقسامه
المعالجة - تضخيد بسيط لوقاية الثقبين النقطيين من التلوث ولضبط الفك ، تغذية بالسوائل
٦ ايار - نقل الى بيروت



الرسم - ١١

المشاهدة الثانية عشرة : م . جرح في ٣١ ايار سنة ١٩٢٦

دخل المستشفى في ٩ نيسان
التشخيص - كسر الثنية والرابعة والنايب
والضاحكين والرحى الاولى السفلي اليمنى والثنية
والرابعة السفليتين اليسراوين يرم ناري دخل الخلد
الايمن حذاء الرحى الاولى اليمنى السفلى وخرج من
فوهة الفم .



الرسم - ١٢

وكانت فوهة الدخول نقطية ولم تظهر تشوشات وظيفية او تشريحية في الفك
المعالجة - غسل الفم بفوق متغناء البوتاس - تغذية بالسوائل .
١٥ - نيسان ١٩٢٦ - رسم فظهر الرسم كسراً في الفك السفلي عموداً تاماً على الضاحك
الاول - استخرج جذر هذا الضاحك الغارز في مركز الكسر
١٦ - منه - وضعت قوس مع حلقات على الرحى الثانية اليمنى السفلى والرحى الاولى
اليسرى السفلى وربطت الاصتان السليمة
٢٠ منه - ارسل الى بيروت .

المشاهدة الثالثة عشرة : م . جرح في ١٣ ايلول سنة ١٩٢٦ بمرمي (لا بل) في دمشق

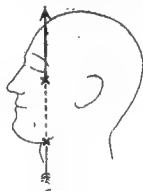
وهو يحاول الانتحار . ودخل المستشفى في ١٤ منه .

التشخيص — ١ كسر تام مشغلي في الشعبة الافقية اليسرى للفك السفلي ممتد منذ الضاحك الثاني الايسر السفلي حتى الراس الثالثة اليه رعى السفلي وقتت الاسنان المعترضة بينهما وكانت القطعة الاساسية منحرفة الى الزاوية اليسرى محدثة تشوهاً في الفم والقوس السنية واختلالاً في الانطباق .

وكانت الناحية المرضوخة متورمة تورماً شديداً وعجز الفك المشوه تماماً والالامابغز يراً
٢ — كسر حافة الفك العلوي السخينة اليسرى بين الناب الايسر العلوي والرحى الثانية العليا اليسرى وانكسار الاسنان الواقعة بينهما .
اما ثقباً الجلد فقطعيان وكانت تبدو هذا الفشاء المخاطي القموي في النقطة التي اصيب



الرسم — ١٢



الرسم — ١٣

بها الفك السفلي بعض الشظايا ولم يكن نزف .

لم يرسم المرئى لان الالة كانت مخوبة .

المعالجة — ١٥ ايلول ١ — تنظيف جوف الفم بحلول دكان الممدد ٢ — تنضيد الاقسام السطحية من غشاء مخاط الفم وانتزاع الشظايا الحرة المرئية ٣ — وضع مشد مطاط من الناب الايسر السفلي الى الرباعية اليمنى العليا لكي يعود جسم الفك الى وضعه الطبيعي . تغذية بالسوائل ، وغسل الفم مرات متعددة كما هي العادة

٩ — ايلول — ر بط الفك كان بخيوط شبه (بروتر) بعد ان عاد الانطباق طبيعياً . غير ان الجرح كسر الخيوط في اليوم الثاني وعاد التبدل الى ما كان عليه . فاعيد الربط واعاد الجرح عمله فقطم الخيوط ايضاً بعد ثلاثة ايام . وقد استمر الجرح على عمله رغم التمدد والوعيد لان عقله كان ضعيفاً فكان يقطع الربط سراً بما يقع تحت يده من الادوات وبأكل

جميع انواع المواد الصلبة .

٢٠- تشرىن الاول - وضعنا ميزانتي فضة مسكو بتين فھما مھجنان لربط الانحلال
أما بان تثبت الفك تثبيتاً اشد غير ان الجرج كان بأيتنا في كل صباح وفكه متقلل - فلم
يتدخل الكسر والحالة هذه غير ان العراقل لم تطراً ايضاً على الجرج وقد كادت القطع القليلة
التحرك تندمل وكان الوصل منحرفاً الى اليسار

ان مريضاً كهذا أحق بان يكون في شعبة الامراض الروحية من ان يكون في شعبة
طب الاسنان . ولهذا ارسلناه الى بيروت في ٣ تشرىن الثاني فلم يتمكن اخوفا فاليكس
جينيستاي من الحصول على نتائج احسن .

المشاهدة الرابعة عشرة بدري . جرح في ١٥ ايار في السويدا .

دخل المستشفى في ٢٠ منه

التشخيص - كسر في الرأد اليسر للفك السفلي . دخل المرمي في الناحية الوجنية
اليمنى وخرج من الناحية النكسية اليسرى . لم ننتبه للكسر اولاً لانه لم يكن تبدل في الفك
ولسكننا شخصناه بالحركات غير الطبيعية وبصعوبة المضغ وكان يشعر الجرج بألم حين
جس الناحية المكسورة

المعالجة - غسل الفم . تغذية بالسوائل

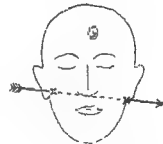
٢٥ منه - قلحت الاسنان ، تكون ناسور لعاني عند فوهة خروج المرمي استخرج
الضاحك الاول الايمن للتغذية وتنظيف الفم

٢٦ منه - ربط الفك ان احدهما بالآخر ، وغسل الفم مرات عديدة في اليوم .

تغذية بالسوائل

٧- حز يران - نقل الى بيروت وهو في حالة حسنة .

بين الرسم الامامي كراً تاماً في الرأد عند منتصفه
ممن انحراف القطعة العليا الى الوحشي - والرسم الجانبي
أظهر ان خط الكسر شبيه بحرف M الكبير ولم يكن تبدل
حسب الاتجاه الامامي الخلفي . وكان يحيل ان قطعة مثبته
قد تكونت من حافة العظم الخلفية .



الرسم - ١٤

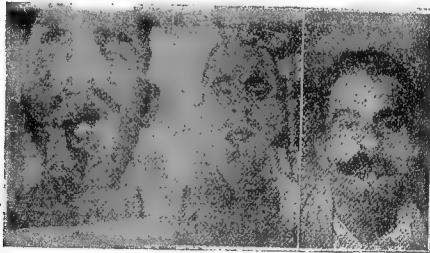
المشاهدة الخامسة عشرة: ١ ك ٠٠ جرح في ٢٨ ايار في جبل الدروز بمرأه وهو يحاول الانتحار دخل المستشفى في ٢٩ ايار وقد نقل بالطيارة

التشخيص — كسر الفك السفلي ، جرح الشفة العليا جرحاً كبيراً كان يبدو منه اللسان وطرفا الفك المكسور في اليمين واليسار وكانت الاسنان الواقعة بين الرحى الثانية اليمنى السفلى والضاحك الثاني الايسر السفلي جميعها مكسورة مع الفك الفارزة فيه .

المعالجة — ٢٩ ايار ١٩٢٦ خياطة الاقسام الرخوة — غسل الفم

٣٠ — حزن يران — انفصال الخياطة ، انفراج الجرح ثانية وانصباب مادة مصابية مدممة غزيرة تنثت الرائحة . غسل الفم مرات عديدة بمحلول دكان وتغذية بالانبوب ، تضميم الجرح مرتين في اليوم (انظر الى الرسم ١٥ — أ) قطع مقدار عظمي كائن في القطعة اليسرى

٨ — حزن يران — فصلت اللوحة الباطنة للقطعة نفسها على بعد سنتيمترين وقد تركت مكانها سطحاً مبرعاً .



الرسم — ١٥

أ

ب

ج

١٦ — حزن يران — وضعت ميزابة فضة مصبوبة ومطاط لضبط القطع المنفصلة وابعائها في وضع حسن وامتلاء مكان الفراج . أخذ الطبايع القطعتين فبدت صعوبات شديدة ، فخطبت الرحى الثانية اليمنى السفلى والضاحك الثاني والرحى الاولى والرحى الثانية اليسرى وما بقي

من القنزعة امامها قطعة فضة مصبوبة وقد جعلت لسكل من قطعتي الفضة استطلاة من الميشور (mailechort) منعكفة كالقوس المخربة . وان تحرك هاتين الاستطاليتين المتراكبتين اي تقاربهما وتباعدهما كان كافياً لتقريب قطعتي العظم او تبعيدهما . وبعد ان جعلت قطع العظم في وضع حسن ثبتت قطعة مطاط مكبرت حجمها وارتفاعها كحجم وصل الفك المفقود وارتفاعه . وقد خفف هذا الجهاز ألم الجرح ومنم فكه عن ان يتخذ منظر فك الحية

٣٠- حزيان — قذفت شظية كبيرة مؤلفة من اللوحة الظاهرة لقطعة العظم اليسرى وكانت براعم الحية قد غطت العظم وراها وكان الجرح مصاباً بالتقيح السخخي السني واسنانه متقلقلة .

وقد اعتنينا بها اعتناءً شديداً فقلحناها وحشونا النخر الكائنة فيها وغسلنا اللثات بالخاليل المطهرة وطيناها بزرقة المتلين المثوية . وكنا نغسل الفم مرتين في اليوم بمحلول دكان الخنزف ، فبدأت الاقسام الرخوة بالتقارب تدريجياً وبتغطية قطعة المطاط وكان اللعاب ينصب من اسفل الجرح . (انظر الرسم ب)

٩- تموز — اجريت للمريض عملية جراحية لتصنيع الزقن والشفة السفلى بثلاث شريجات مع ابقاء الجهاز الفكي في مكانه وقد أجرى هذه العملية الحكيم الماحور ميشيل بالتخدير الموضعي .

٣٠- منه — تكون ناسور صغير في مكان اتصال الشريجات كان اللعاب ينصب منه .

٢٤- منه — صنع للمريض جهاز أخف

٢٨- منه — كان الفك العلوي قد اضاع بعض اسنانه فصنعنا له جهازاً من المطاط المكبرت .

١٥- آب — امتلاًً الناسور بعض الامتلاء غير ان التذبة القصيرة كانت تشد الى الاسفل

الشفة السفلى حتى ان منظرها عاد مشابهاً للرقم ٧

تجسفت الحالة العامة ، زاد وزن الجرح . (انظر الرسم ج)

٦- تشرين الاول — ارسنا الجرح لضيق المكان الى ديروت قبل ان نصلح شفته السفلى . ان الرسوم الثلاثة تبين الادوار الثلاثة التي مر بها الجرح .

٣- الكسور الجزئية

المشاهدة السادسة عشرة: لـ ٠ جرح في ١٧ آذار سنة ١٩٢٦

دخل المستشفى في اليوم نفسه .

التشخيص — أ — خزام في الناحية السبائية اليسرى بمرم دخل سذاء القسم المتوسط للفك السفلي عند حافته السفلى وخرج تحت الغشاء الاليسر .

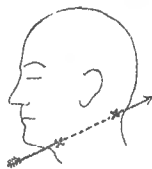
٢ — جرح رضي في الناحية الجدارية اليسرى سببه السقوط .

٣ — بتر الوسطى بترأ ناقصاً بالمرمي الذي اطلق عليه عن بعد بضعة امتار . ثقبه الدخول نقطية وفوهة الخروج بحجم الجوزة ، الناحية متورمة تورماً شديداً . لم نجد علامات ذالة

على انكسار الفك ولا على انقطاع الالعية والاعصاب .
دل الرسم الكهربائي على كسر في الحافة السفلى امام الزاوية اليسرى وان الكسر مشطى وان العظم قد اضاع بعض اقسامه .

المعالجة — أ — دل الاستقصاء في جرح الججمة انه لا كسر فيها .

٢ — تنضير فوهة الخروج واستخراج بعض الشظايا



الرسم — ١٦

الواقعة في مجرى المرمي وضع خصاه شهر لتخفيض الجرح .

٣ — تنعيم المعمل السلاحي للوسطى وقطع رأس المشط

ارسل المريض في ١٤ نيسان ١٩٢٦ الى بيروت وحالته حسنة جداً .

المشاهدة السابعة عشرة: احمد جرح في ٣١ آذار سنة ١٩٢٧ في حرمون دخل المستشفى

في ٩ نيسان

التشخيص — خزام بمرم دخل حذاء زاوية الفك السفلى اليمنى وخرج من العنق امام

القصة اخطائية اليسرى

فوهة الدخول والخروج نقطيتان . لم تبدُ ولا علامة مرضية ذالة على انكسار الفك

بل كان المريض يشكو اعراضاً عصبية : تباين حجم الحذقتين الحذقة اليمنى اكبر من

اليسرى ، خذل (parésie) في العضد الايمن ، انقطاع الصوت ، مع ان المرمي لم يكن قد اصاب العمود الفقري ولا ضفيرة العنق ولم يصب المريض بنفث دموية ولا بالحمى الحنجرية . وكانت الافعال المتعكسة طبيعية .



الرسم - ١٧

الرسم الكهربي - أظهر كسراً جزئياً في ناحية الزاوية اليمنى بدون تبدل .
المعالجة - جولوج ابتلزام بالتضميد المضاد للفساد فقط ولم يجر معالجة خاصة للفك - ارسل المريض في ٢٠ حزيران إلى بيروت بعد ان تحسنت حالته العصبية واستعاد طرفه العلوي بعض وظائفه .

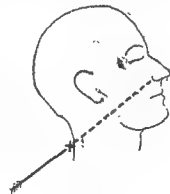
٣ - كسور الفك العلوي

المشاهدة الخامسة عشرة : ج ٠٠ جرح في ٢٠ آب سنة ١٩٢٦
دخل المستشفى في ٢١ منه

التشخيص - دخل المرمي في النقرة الى يمين الفقرة السابعة العقبية على حد سنتيمتر ونصف السنتيمتر من خط النواقيء الشوكية وسار حتى التلم الانفي الذي لا ينفك . فاستقر تحت

الجلد . ١٠ بالفحص كسر في حافة الاسناخ الخلقية للفك العلوي الايمن وانكسار الضاحك الثاني والرحي الثانية اليمنى العلوية وقد جرح الجدار الوحشي للجيب وكانت تسيل من الانف الايمن مادة مدمية

للمعالجة - ٢٤ آب سنة ١٩٢٦ . استخرج المرمي بعد التخدير الموضعي ، غسل الفم بحلول دكان المخفف ،



الرسم - ١٨

تنظيف جرح الفم مرتين في اليوم وطلية بمحلول زرقاء المتأين المائية، تنظيف الأنف، تغذية بالسوائل
٢٨ آب — تزج كيارات العظام والاسنان في ناحية الرحي الثانية والرحي الثالثة
الينماوين الملوينين .

١٨ ايلول — نقل الى فرنسة وكان جرح فمه قد قارب الاندمال .
المشاهدة التاسعة عشرة : ش ٠٠ جرح في ٢١ تموز سنة ١٩٢٦ في الغوطة دخل
المستشفى في اليوم نفسه .

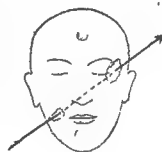
التشخيص — دخل المرمي على بعد سنتمترين من الهوار الايمن وخرج قرب ذنب
الجابج الايسر فاحدث :

١ — كسراً في الحافة السنخية العليا المعنى واتلف الضاحكين والرحي الاولى العليا
اليمنى وحفر تلماً في الحنك .

٢ — كسر العظم الوجني الايسر وتخريب الحافة الوقبية الظاهرة اليسرى وفجر
العين اليسرى .

المعالجة — ٢١ تموز سنة ١٩٢٦ — كان الجرح مصاباً بهدمة فحقن بالزيت المكوفور

ثم خدر تخديراً عاماً واستئصلت عينه اليسرى واستخرجت
الشظايا العظمية من العظم الوجني ومن الحافة الوقبية
ورمم جفنا العين اليسرى (الحكيم الماجور ميشيل)
وغسلت الناحية في الايام التالية غسلاً غزيراً بمحلول
دكان الخفيف وطهر المنخران بالزيت الغومبولي . وغذي
بالسوائل . وقد استخرجنا في عدة طب الاسنان كسرات



الرسم — ١٩

الاسفان وشظايا من جرح الفم . فلم يلبث الجيب الفكي الايسر ان عاد مفرراً لتقيح غزير
كان ينصب من الانف وجرح الحنك وقد خف هذا التقيح بالقل المتكرر .

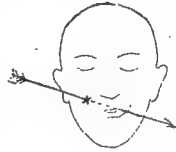
٢٠ آب — خرجت شظية من ثقبه الدخول . خفت الاعراض الالتهابية خفة تدرجية
وشفيت ثقبه الدخول وجرح الحنك .

٢٥ ايلول — قدب جرح للوقت ندباً تاماً دون عرقلة

٢٨ منه — ارسل الى بيروت لوضع عين اصطناعية .

المشاهدة العشرون : مصطفى . ٠٠ جرح في ٢٦ تموز سنة ١٩٢٦ دخل في اليوم نفسه ، دخل المري وحشي التلم الانفي الذقي الايمن وخرج قرب الصوار الايسر .

التشخيص — ثقت حافة الاسناخ اليمنى مع سلامة
الرحى الثانية والرحى الرابعة اليمين واليمين
وكسر الحنك من الجهة اليسرى وحافة الاسناخ اليسرى
وجرح اللسان وتمزق الصوار الايسر وفتح الجيب الفكي
الايسر .
المعالجة — غيظ الغدد والشفة ، نظف جرح الفم

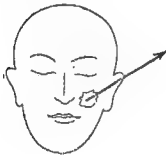


الرسم — ٢٠

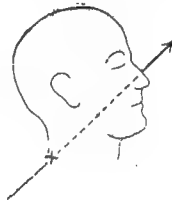
واستخرجت كسرات العظم والاسنان ، غسل بمحلول دكان .
٢٣ تموز — فكك الغرز ، عالت حرارة الجرح منذ اليوم الثاني واصيب بالتهاب
القصبات والرئة فمولجت معالجة عادية وتلا هذا الالتهاب خراج الرئة وانصباب قيحي غازي
في الجنب فعولج معالجة دوائية في اليد ثم اجريت له معالجة جراحية في ٣١ آب فقطعت
بعض اضلاعه وشق غشاء الجنب وحنض

٣ ايلول سنة ١٩٢٦ — وفاة

المشاهدة الحادية والعشرون : مصطفى . ٠٠ جرح في ٢٥ نيسان دخل في ٢٩ منه



الرسم — ٢١



الرسم — ٢١

التشخيص — كسر متعدد القطع في الفك العلوي الايسر بمرم دخل من العنق خلف
القسم المتوسط من القصبة الغشائية اليمنى وخرج تحت العظم الوحشي الايسر . ثقب الدخول

نقطة ثقبه الخروج بحجم نصف الفرش السوربي ، ثقب الضاحكين والرحى الاولى اليسرى العليا وضياح بعض اقسام العظم عند الضاحك الثاني والرحى الاولى الايسرى العلويين

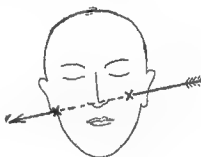
المعالجة — استخراج كسرات الاسنان والعظم الحرة ، غدل بمحلول دكان الخقف طلي بزرقه المتلين المثوية ، تغذية بالسوائل نقل الجريح الى بيروت لازدحام المستشفى .

المشاهدة الثانية والعشرون : ل . جرح في ٣١ اذار دخل في ٩ نيسان

التشخيص — جرح ثأب في الوجه بمرم دخل عند الناحية الوجنية اليسرى وخرج حذاء الخلد الايمن بعد ان ثقب الفكين العلويين .

تورم حذاء ثقبتي الدخول والخروج النقطيتين
خلو الجريح من التشوشات الوظيفية

الرمم الكهربي — يبين مجرى معترضا كأنه
ثقب بالثقب في القسم المتوسط للفكين العلويين
و بعض شظايا قرب فوهة الخروج بين الفك العلوي



وراد الفك السفلي

الرسم — ٢٢

المعالجة — استراحة ، تطهير اللثتين ، نقل الجريح الى بيروت بعد قليل

« للبحث صلة »

مداواة السرطان بالاسرب

اجرى ب . جيار عدة تجارب في الحيوانات فطعمها بالسرطان وداواها بالاسرب فبداله ان يونات الرصاص تكثر في البدء خلايا النسيج المصاب فتكشفه وتعيده قوياً ثم لا يلبث ان يتحلل ويزول . فاذا طعم الحيوان مرة ثانية فسد الطعم . ان تجارب جيار تشجع الباحثين على ايجاد مركب يسري عضوي يفيد في مداواة السرطان الكيماوية
ش . م . ش

نظرة عامة في معالجة توسع القصبات

للحكيم حسني سبع رئيس السريريات الباطنة

نشر حضرة الزميل الفاضل الحكيم شوكة موفق الشطي في الجزء الثامن من المجلد الرابع من هذه المجلة الزاهرة مقالة عن مداواة توسع القصبات جاء فيها على ذكر المعالجة العرضية فقط فأريت اتماماً للفائدة ان اذكر بهذه العجالة ما وصلت اليه المعالجة الحديثة من الوجهتين الطبية والجراحية مبتدئاً بلمحة قصيرة عن الاسباب والتشخيص اللذين ترتكز عليهما المداواة

الاسباب . — من الاسباب المهمة التي عرف تأثيرها الشديد في احداث توسع القصبات الاختلالات العميقة الطارئة على اعضاء القصبات واننا نذكر منها عدا العفونات العادية والسل ما يلي :

١) اسود الرئة (anthracose) الذي قد يحدث التهابات القصبات فتوسعها المنحصر او المتوسع كما انه قد يكون سبباً في انسداد القصبات الكبيرة

٢) موات الرئة المتكرر او الذي شفي شفاءً ظاهراً قد يستقر احياناً في اعضاء القصبات فيفضي الى توسعها . وتشخيصه دقيق . وقد تعترض سير توسع القصبات هجمات موات الرئة فتصعب معرفة ما اذا كان الموات المذكور بدئياً او ثانوياً .

٣) قد يكون توسع القصبات في الكهل ولادياً فيبقى مدة مديدة خفياً لا يبدي الم عرض ثم يظهر اثرات ان خفيف في الرئة او القصبات . وتوسع القصبات في الاطفال كثير الحدوث اثر التهاب القصبات والرئة .

التشخيص : — قد يشبه بتوسع القصبات قبل ظهور اعراض الكهف الكاذبة . فظهور هذه الاعراض مع القشاعات الغزيرة يسهل التشخيص . ذكر هوتينال (J. Hutinel) في اطروحته بعد ما درس مشاهدات عديدة عن توسع القصبات امراً يستلقت النظر . وهو ان توسع القصبات في المرضى قد يكون منذ مدة مديدة فيهم قبل ان تظهر اعراضه المعلومة . وقد استنتج من المشاهدات المذكورة النتيجة الآتية :

يصعب تعيين مبدأ المرض . ولكن الاشخاص المصابين يذكرون ان هجمات التهاب القصبات الحادة كانت تتابعهم من وقت لآخر فكانت تعترهم حمى وزلة ونفث قيحي مخاطي غزير واعراض الكهف الكاذب . والامر الذي يدعو الى الاشتباه بتوسع القصبات في هجمات كهذه خلو التفلات من عصية كوخ بعد فحصها مراراً وغزارتها .

اما هذه الهجمات فكانت تسمى اسماً متعددة : تارة التهاب القصبات الحاد ، وطوراً التهاب الرئة الشاذ واحتقان الرئة او السل السريع بسبب نفث الدم الذي يعرقل توسع القصبات .

تستمر هذه الهجمات الحادة بضعة ايام تفصلها فترات مختلفة المدة خالية من الزلة والحى تقل فيها التفلات وقد تظهر بالفحص اعراض الكهف الكاذب . هكذا تتوالى الهجمات حتى يأتي يوم تصبح فيه الهجمة اشد وتزداد الاعراض وتستمر فتكتمل اعراض توسع القصبات المعروفة .

يستنتج مما ذكر ان توسع القصبات يمرُّ بادوار فيكون اولاً نوياً ثم لا يلبث ان يعود ثابتاً .

وسير توسع القصبات هذا معلوم في أمراض الاطفال ويكاد يكون مجهولاً
في الكهول .

واننا نكرر ما قلناه عن صعوبة تشخيصه في البدء غير انه يترتب علينا ان
تفكر فيه كلما حدث طوارئ رئوية حادة وقشاعات قيحية غزيرة ليس فيها
عصية كوخ رغم الفحوص المكررة بجميع الطرق وبتلقيح القبعة بها .
وان الهجمات الحادة التي ذكرناها آنفاً في سوابق المريض برهان
دامغ على توسع القصبات .

هذا من الوجهة السريرية اما الفحص الشعاعي فانه يسهل التشخيص ويثبت
توسع القصبات ولا سيما اذا حقنت القصبات بالليبودول (Lipiodol)

المعالجة : نوعان طبية وجراحية .

المعالجة الطبية : ان لهذه المعالجة تأثيراً حسناً في الشكل الحاد والهجمات الحادة
وهي قسبان شافية وواقية .

المعالجة الطبية الوائية : تعالج بها التهابات القصبات والرئة الطويلة المدة وترتكز
هذه المعالجة على الامس الثلاثة الآتية :

- (١) منع مفرزات القصبات عن الركود وتسهيل قائمها وتبديل حالة الغشاء
المخاطي وتستهمل توصلا الى هذا العلاجات المنقثة طوراً والعلاجات المحففة
للمفرزات اخرى والمبدلة للغشاء المخاطي . فن الاولى عرق الذهب والمركبات
التي يدخل هذا العنصر فيها كسحق دوفر وسواه ومن الثانية المركبات البلمسية .
- (٢) تطهر القصبات اذا امكن او تخفف وطأة الجراثيم : ولدينا واسطنان
تمكنا من ذلك :

مضادات التعفن كالغومول الذي يفضل سواء ويستعمل حقناً تحت الجلد فيحقن من محلوله الزيتي العشري بـ ٥ - ١٠ سم^٣ او حقناً في الرغامى .
واللقاحات التي يجب استعمالها في التهاب القصبات والرئة المديد (كـ اللقاح الذاتي او اللقاح الجاهز) .

٣) تسهيل فعل الاستدعاء ، اجتناب تعب القلب وتقوية الحالة العامة وذلك باجراء التمرينات التنفسية بالمستنفس (spiro scope) وبالارغوتين وعرق الذهب اللذين يعدان من افضل مقويات عضل القصبات . وللزرنخ والستر كين تأثير حسن في تقوية الحالة العامة .

المعالجة الطبية الشافية : من الحالات المحدودة ما هو مسبب من الافرنجي فتؤثر فيه المعالجة النوعية تأثيراً حسناً اذا تمكن الطبيب من تشخيص التوسع في دوره البدئي وتفضل المواد الزرينخية البزموت والزئبق في هذه الانواع ولا تأثير للمعالجة الطبية في سوى ذلك . واذا طبقت فانما تطبق لاجتناب العراقيل الاتانية : موات الرئة الهزال او عسر الانقباض .

وقبل ان ننهي المعالجة الطبية لا بد لنا من ذكر طريقة جديدة مارس تطبيقها الاطباء الجرمانيون وذكروها الفائدة المحسوسة ليس في معالجة توسع القصبات فحسب بل في سائر التقيحات القصصية الرئوية غير السليسة اعني بها المعالجة بالعطش (la cure de soif) او طريقة سنجر (Singer)

ذكر هذا الطبيب النمساوي منذ خمس عشرة سنة طريقته هذه وسميت باسمه وهي تقوم بان يتناول المريض الغذاء الوافي حسب رغبته وعادته ولا يسمح له بتناول اكثر من ٣٠٠ - ٤٠٠ سم^٣ من السوائل في اليوم . ويدخل في هذه

الكمية ما يتناوله المريض من اللبن والحساء وسائر المشروبات . واذا تعذر على المريض احتمال العطش سمح له بمص الليمون او البرتقال او الليمونيات (ليموناضا) ويجب والحالة هذه ان يقلل الملح في الطعام قدر المستطاع . او يكافح العطش في بعض الاحوال باعطاء المريض بعض المخدرات الموضعية المحلاة فيمصها او قليلاً من الافيون .

وبعد ان يلزم المريض هذه الحمية ثلاثة ايام يسمح له بتناول ١٢٠٠ الى ١٥٠٠ سم^٣ من السوائل يوماً واحداً ثم يعود الى الحمية الجافة ويثابر على هذا النظام ٢ - ٦ اسابيع مع السماح له بيومي شرب في الاسبوع فتنبط كمية البول في اثناء المعالجة عن حدها الطبيعي ولكنها تبقى متجاوزة الكمية السائل المسموح به بعض التجاوز ويغلبان تقارب الكمية ٦٠٠ سم^٣ وينقص وزن المريض قليلاً منذ الايام الاولى وبما ان كمية البول تنيف على كمية السائل المأخوذ فان منجني الوزن يدل على مقدار ضياع الماء ويعود للمريض وزنه متى دخل زمن النقاه

ونستدعي هذه المعالجة المراقبة الشديدة والارادة القوية وكثيراً ما يألف المريض الحمية الجافة ويحملها بصبر متى ظهرت له فائدتها .
تنقص التفرات منذ الايام الاولى من ١٠٠ او ٤٠٠ سم^٣ في اليوم الى بضع عشرات من الغرامات ثم تزول تماماً وكثيراً ما تفقد رائحتها ومنظرها الصديدي

عالج بهذه الطريقة كثير من اطباء المانية والنمسة وسويسرة مرضاهم وذكروا نتائج باهرة في سائر تفريجات الرئة والقصبات كالتهاب القصبات

وتوسع القصبات وخراج الرئة .

وقد جربت هذه الطريقة في فرنسا أيضاً فكانت نتائجها مطابقة لنتائج الأطباء الجرمانين وقد قدم غيلم وميشو في جلسة جمعية امراض الاطفال الباريزية المتعقدة في ايار الماضي ابنة في الخامسة عشرة من عمرها مصابة بتوسع القصبات عالجها بهذه المعالجة فبهتت كمية ثقلاتها من ٥٠٠ سم^٢ الى ١٠٠ في اليوم الثامن والى ٢٥ سم^٢ بعد شهر وتحسنت الاعراض وزالت الرائحة النتنة من التساعات وقد عادت التساعات بعد خمسة شهور من الحمية ١٥ سم^٢ واصبحت حالتها العامة حسنة للغاية وازداد وزنها ١١ كيلواً .

والمشاهدات التي ثبتت فائدة هذه الطريقة في معالجة توسع القصبات عديدة وتحمل المرضى لها امر اصبح مقررأ .

المعالجة الجراحية : — لا تستعمل الا في الاشكال الوحيدة الجانب او التي تنحصر شدتها واتساعها في جنب واحد اما الوسائط المستعملة فهي على ثلاثة انواع :

(١) الاستيهاط (collapsothérapie) او ضغط الفص المريض ويتم ذلك بثلاثة اشكال :

(أ) بالريج الصدرية الاصطناعية (pneumothorax artificiel) التي لا تأتي بالتهيجة الحسنة الا اذا كانت غشاء الجنب حراً والرئة قليلة التصلب وهذا امر نادر .

(ب) اقتلاع غشاء الجنب الجداري (décollement pleuropariétal) او عملية توفيه (Tuffier) وذلك بان تقطع بضع اضلاع ويضغط الفص المريض بعد

اقتلاع غشاء الجنب بجسم شحي ، كالبارافين أو يالوف شامبيه
(ballon de champetier)

(ج) التصنيع الصدري خارج الجنب (thoracoplastie extrapleurale)
عملية خطيرة وقد تعطي فوائد جليلة

(٢) خزع عصب الحجاب الحاجز (phrénicotomie) أو استئصاله (phréni-
cectomie) : عملية سهلة غير ان نتائجها ليست حسنة

(٣) خزع الرئة (pneumotomie) او عملية التحفيض (drainage)
عملية خطيرة وصعبة الاجراء

قطع الرئة (pneumocectomie) او قطع القص (lobectomy) قد تفضي
الى نتائج حسنة في بعض الاحوال الميئة . وتوافق ذوي البنية القوية
المصابين بتوسع القصبات المحدود ولا سيما في القص السفلي .

شفاؤ التآليل بالاقناع

ب . بلوش (B.Bloch): يعتقد بلوش ان التآليل تنجم من فوعة حية منتقلة (ياداسون
Jadassohn) بفيد الاقناع في مداوانها ولهايم وبروك ونيقي وبش وفيال وبونجور
طرق خاصة في التلقين . وقد عالج بلوش المرضى الذين جاؤه وعددهم ٢٢٨ مدة سنتين .
وها هي^١ طريقته في الاقناع

يدخل المصاب بالتآليل قاعة المعاينة وعينه معصوبتان فيقاد الى قاعة العمليات حيث
يجلس وتوضع يده على منضدة التيار الكهربى (pantostat) فيمر بهما التيار الكهربى
دون ان يرب جسمه وتلك تآليله بمادة ملونة لا تأثير لها ثم يخرج المريض ويكشف عن
عينيه ويوصى بان لا يمس التآليل ولا يغسلها و يبعد بالشفاؤ وقد شفي من هؤلاء المرضى
المعالجين بهذه الطريقة ٥٤,٧ ٪ في المائة

مقتضبات عما يقال ويعمل

في سريريّات حنا لويس فور (J. L. Faure)

« ٥ »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر وشوكة موفق الشطي

انحرافات الرحم

هي أكثر آفات الرحم حدوثاً

ان الرحم في الحالة الطبيعية منعطفة بعض الانعطاف ومنحرفة بعض الانحراف الى الامام
الانحرافات الجانبيه — تنجم غالباً من كيس يدفع الرحم او من ارتشاح الزباط العريض
الذي يحيط بالرحم اليه فالخدر من خلط هذا الانحراف بانحراف الرحم الجانبي في الحمل لانه
طبيعي فيه وتتميز احدى الحالتين عن الاخرى يقوم بامالة المرأة (وضعة ترندلنبورغ) فاذا
استقام الانحراف كان مسبباً من الحمل .

واذا لم يميل الغموض كان التربص حتى ميعاد الطمث المقبل واجباً والامتناع عن اي
عملية كانت ضرورياً .

ومن الاسباب التي توضع في الخطأ وتمض التشخيص، الحمل الزاوي (grossesse angulaire)
الذي يظن حملاً انبويّاً (gossesse tubaire) .

ان العلامة الكبرى في الحمل الزاوي هي الاختلاف في قوام قرن الرحم وجسمها .
واما في الحمل النفيري فلا يختلف القوام هذا الاختلاف . ويجدر بنا ان ننتظر في هذه الحالة
ايضاً حتى الشهر التالي فلعل البیضة الملقحة تستعيد مقرها في الرحم او لعل المرأة تسقط
واكثر الانحرافات التي تطرأ على الرحم هي الانعطاف الامامي (antéflexion) مع
بعض انقلاب امامي (antéversion) ولانقلاب الخلفي (rétroversion) سمع بعض
انعطاف خلقي .

الانعطاف الامامي — هو حالة طبيعية في البنات الفتيات ومنشأه ولادي في الغالب
وتصحبه تشوهات اخرى كقصير المهبل وطول المنق مع ضيق فوهة الرحم وقصور المبيض
و يضيق الانعطاف الامامي مضيق المهبل فطرأ على المثانة بعض الاضطرابات المشابهة

لذات المثانة غير ان البول يبقى صافياً ويعسر الطمث (عسر الطمث في البنات القتيات) ويقع المعقم وهو . ثم هذه العوارض . هذا ما يصادف في الممارسة اليومية فان المرأة تأتي مشتكية هذه العوارض : عسر الطمث ، ذات المثانة السكاذبة ، ولا سيما المعقم واحسن مداواة للانقطاع الامامي هو الحل . فيجب اذن مكافحة الضيق وتقويم الرحم وتوسيع الحمل المرأة . و يوصف ايضا الاستعضاء فتعطى المرأة خلاصة المبيض ويجوز ان توسع الرحم بالاشنية (اللامينار يا) لانها سهلة الاستعمال غير ان بعض المحاذير قد تنجم منها فلا يسمح بوضع الاشنية والمرأة في عيادة الطبيب بل عليه ان يضعها والمرأة في بيتها او في المستشفى ومن الخطأ ان يسمح للمرأة بالنهوض وفي رحمها اشنية (فقد يطرأ عليها التهاب الخلب الحوضي) فكل البعض في صنع اشنيات مجوفة ظناً منهم ان العراقيين مسبية من الحجاب المفرزات ولكنها لم توسع الرحم توسيعاً كافياً وقد يذهب نزاعها او قد تسكسر في الرحم فاحملت . واما الاشنيات المملوءة فتتسع اتساعاً منتظماً في حذاء المضيق كما في حذاء جوف الرحم ولا يجوز ان تترك الاشنيات مدة طويلة في الرحم وثلاث اشنيات كافية للتوسيع . تبدأ الاشنية بالضخامة بعد ساعة من الزمن وتبلغ حدها الاقصى بعد ٢٠ - ٢٤ ساعات . فاذا ادخلت مساء و تركت حتى صباح اليوم الثاني صرت عليها ٢٠ - ٢٤ ساعة وهذا يكفي ويستحسن ان تستريح الرحم بضع ساعات بعد كل اشنية فاذا اخرجت الاشنية صباحاً وضعت الثانية مساءً

اشنية رقم ٨ — ١٠	في اليوم الاول
١٨ — ١٤	في اليوم الثاني
٢٦ — ٢٤	في اليوم الثالث

فتتوسع الرحم بها توسعاً تاماً وتتقوم تقوماً كافياً ومن النساء من لا يجتزمان الاثنيات فيضطر الطبيب الى حقنهن بالمورفين تسكيناً للآلام الشديدة والغثيات والاقباء والميل الى الغشي .

و يجوز ان توسع الرحم بشجعات همار المكوفة الطرف المثبسة بثلاث الملمتر (filière charrière) ويستعمل البض التقويم الجراحي وفيه طرق متنوعة نذكر منها استعمال قطعة مخروطية من المضيق وتثبيت الرباط (ligamentopexie) غير اننا لا نشير بأجرائها .

الانثناء الخلفي (retroversion) مكتسب على العكس من ذاك وينجم من نقص الانظار بعد الولادة ولا سيما بعد الاسقاط فتى كان الاسقاط عننا تلاء التئسب الرحم فضخم العضو وانقلب في رنج دوغلاس وازداد الانثناء شيئا فشيئا فلم تمرسة أشهر حتى تبدأ المريضة بالتألم من كليتيها ومخرجها فيجب اذن ان نتحقق ان الرحم في مكانها قبل ان نسمح للمريضة بمقادرة المستشفى فاذا كانت الرحم منقلبة الى الوراء وجب ردها وضبطها يدك المهبل كما حسنا

يترك هذا الدك يومين ويعاد ٣ - ٥ مرات على ان يفصل المرة الواحدة عن التي تليها يوم تستريح به المريضة فاذا ظلت الرحم محافظة على وضعها الحين افرت محتوياتها وتخلصت وصغرت وعادت الى مكانها الطبيعي . ويجب ان توضع فرزجات « pessaires » شهرين او ثلاثة اشهر للمحافظة على هذه الحالة التي وصلت اليها الرحم وابسطها واسهلها فرزجة دومونباليه (Dumontpallier) تترك حتى الطمث القادم فتزفع حتى انتهاء الطمث ثم تعاد وتترك شهرا آخر ولا تعود الرحم الى حالتها قبل مضي ثلاثة اشهر . وفي انقضت ستة اشهر كان ارجاع الرحم صعبا ووجب الالتجاء الى التمسيد وانهاض الرحم الى ما فوق الشاخفة دفعة واحدة او بعد عدة دفعات وذلك الرنج الخلفي وتركه يومين وتزعه واعادته مرة ثانية ثم وضع فرزجة لابقاء الرحم في مكانها التي وصلت اليه كما في المرة السابقة .

واذا خابت هذه الطرق وجب الالتجاء الى تثبيت الرباط (ligamentopexie) وعلينا ان نخبر المريضة انها تنفى بعد ١٥ يوما اذا عولجت معالجة جراحية وان شفاها لا يتم قبل ثلاث او اربع سنوات اذا عولجت معالجة غير جراحية (تمسيد ووك) ان الالام في الانثناء الخلفي هي في الغالب آلام قطنية او قطنية عجزية اي آلام خلفية وقد تكون عصمية غير انها في بعض الحالات تصف بشوشات مثائية لان عنق الرحم في الانثناء الخلفي يتقدم الى الامام حتى احانة فيخرش قعر المثانة ومن اعراض هذا الانثناء ايضا القبض . وقد تحمل الآلام المتشعبة على الظن بامراض مختلفة كالتهاب الذليل الموددي وفرط هوضة المعدة ، وقروحها ، والتهاب المرارة ومجاري الصفراء وغير ذلك وقد تحمل الزلة والانهار (essoufflement) على الظن بالسل والخفقان على الافتكار بأفة القلب . وقد تبدو تشوشات عضوية حقيقية .

غالبا نسبت جميع هذه المعوارض الى الانثناء الخلفي اجريت تجربة الفرزجة فالتت

تحسنت بعد وضعها حالة المريضة فأكدنا انها تشفى بتقصير الربط وان هذه العوارض ناجمة من تنبذ العصب الودي .

ان الفرجات التي كان يكثر اطباء النساء القدماء من استعمالها ويحترقها جراحو اليوم قد تقيد في هاتين الحالتين وأبسط الفرجات فرجة دومباليه واكثرها ملائمة رقم ٢ لان ٥ و ٦ صغيرتان و ٨ و ٩ كبيرتان جداً .

واما فرجة هودج فيصعب وضعها وانك انكسر خاصة بالانثناء الخلفي . يجب ادخال طرفها المدور أولاً ثم ادارتها وبعدها دورة يمسك طرف الفرزة العلوي بالاصبع ويدخل في الرتح الخلفي ويكون قسمها المقوس الى الداخل فائزاً الى الامام .

ولا تستعمل الفرزة مطلقاً متى كان المجان قاصراً اي متى كانت الرحم هابطة . ومتى كان الانثناء الخلفي ثابتاً كان التهاب الملحقات مصاحباً له فوجب معالجة الالتهاب أولاً ، تخفيف احتقان اعضاء الحوض الصغير ، فطائل مبللة بالغازين ، وحقن شرعية قليلة والخ .

واذا منعت الالتصاقات الرد ووجب المعالجة الجراحية .

العمليات الجراحية : لا بد من تمييز الانثناء الخلفي المصحوب بالتهاب الملحقات

والانثناء البسيط .

عملية الكي الكسندر (Alquie Alexander) — قد اعملت مع انها عملية حسنة فهي لا تمكننا من الاطلاع على حالة الملحقات . يجب ان يضع الماكون يده في المهبل ويرفع الرحم بين الجراح يشد الرباطين المدورين . لا تجرى هذه العملية الا متى كانت الملحقات سليمة كل السلامة .

تثبيت الرحم (hysteropexie) لا يجوز ان يثبت الجسم وانما يثبت المضيق لانه لا يدل مفره ولا يصعد في اثناء الحمل غير ان هذا التثبيت لا يستطاع الا متى كانت العنق طويلاً ومتحركاً وكثيراً ما تمزق الخيوط النسيج فينكسر الانثناء .

تثبيت الربط (ligamentopexie) أسهل وأحسن ويقوم حسنهما بتقصير الربط تقصيراً مناسباً ومسكاً حيث يجب ان تمسك ويختلف هذا الامر باختلاف الحالات فيجب اذن ان

يجرب في أثناء العملية لمعرفة ما اذا كانت الربط قد قصرت كثيراً أو ما اذا لم يكن تقصيرها كافياً .

طريقة دولريس — يجب ان تتحاشى شعبة الشريان الشرسوفي في اجرائها
طريقة درتيغ — رشيقة غير ان نتائجها لا تبعث على الرضى دائماً .

المهبط (prolapsus)

يبدأ أولاً بان يكون انثناء خلفياً . وليست الرحم التي تسقط بل المهبل الذي يهبط
فيجوز في أثناء هبوطه الرحم .

الاسباب : حمل متتابع بدون انفلاف كاف ، نهوض مبكر من الفراش بعد الولادات
(يجب على المرأة ان تلتزم الفراش ١٥ يوماً على الأقل) قصور العضلات الرافعة للشرح
والعجان . فتمزق العجان بعد الولادة يجب ان نرسمه في الحال و ترميمه حينئذ مهمل
جداً فهو يقوم بخياطة طبقاته جميعها بإبرة امسه وشعر فلورنسة أو خيوط فضة . ولا
حاجة الى الحشة (كاتفوت) في العمق لانها اذا تعفت علت حرارة المرأة فالتبست بحصى
النفاس . واذا تمزق الشرح يجب ان يترك وشأنه ريثا يندب فتصنع حينئذ بعد شهرين
او ثلاثة اشهر عملية حسنة يرمم بها العجان والشرح معا . اما اذا اجريت العملية بعد
الولادة فتكون النتيجة سيئة وفاقة وتعيد العملية المقبلة اشد صعوبة .

ومتى كان تمزق العجان قديماً بقيت عضلانه ولو كانت متمزقة فيجب ان
تضرر وتحاط فتكون النتيجة حسنة . لان الارتفاعات متعددة لان تكون مستنداً حسناً
وجميع الطرق المستعملة جيدة ولكن اذا كانت المرأة لا تضبط القاذات وجب
الاعتناء الشديد بالزمن الذي ترمم به العاصرة .

وتكون العضلات في المهبط نفسها ضامرة ضعيفة فيجب ان يعنى بالخياطة اعتناءً
شديداً والا نكست الآفة . واذا اردنا ان نعلم مائة الارتفاعات وقدرها في اجراء وظيفتها
. فعلياً ان نضع اصبعين منفصلتين في المهبل وان نوزع الى المرأة بتقريب اليها . فتتخلص
مقربات الفخذين والاليتين وتتخلص معها الارتفاعات ايضاً فيشعر بالياها التي تغطى الاصبعين
لا بل يستطاع فرضها جانباً واذا لم يشعر بشيء يشار متى كانت المرأة طاعنة في السن بوضع

حاجز (cloisonnement)

اما الفرجة فهي اداة مضرّة في معالجة المهبوط . فهي لا تضبط الرحم مكانها الا بتوسيعها عضلات العجان فما عساه ان يكون تأثيرها السيء متى كانت هذه العضلات قاصرة . فهي لا تستند الى العانة الا استناداً مؤقتاً اي متى اجهدت المرأة في اثناء النفوط بل تستند الى الارتفاعات ونواة العجان المركزية فتبقى كانت الرحم هابطة واصححت نقطة الارتكاز هذه يجب الاتجاه الى الجراحة لترميم ما تلف .

ويجب ان نتحقق قبل العملية امرين لها اهمية كبيرة في السريريّات ولا ذكر لها في المؤلفات وهما عجز عاصر في المثانة والشرح .

الطرق الجراحية : ١ - خياطة المهيل الامامية : تقوم بتضييق عضد المهيل الامامي ولها طرق متعددة متى كان ملس في البول يجب ان يبدأ بالتسليخ قرب الصاخ وان يكشف الاحليل على بعد بضعة سنتمترات دون ان يشق وان تجمع فوقه جميع الشرج الجائرة فلا تكون قد رسمت العاصرة بل يكون الاحليل قد اكسب بعض المثانة

٢ - خياطة المهيل الخلفية : تقوم بالتضعيف (dedoublement) والخطر الذي يجب ان نتجاشاه هو الشرج وعليه يجب ان نتجه بتفريقنا دائماً نحو المهيل لانه اذا ثقب غليس في ثقبه من مجذور .

ولكني نكافح سلس عاصرة الشرج نقتل حافة الشق السفلى حتى نصل الى الياف عاصرة الشرج ومتى بلغت هذه الالياف نصنع بعض غرز على شكل حرف U الفرنسي في الجانب ونعقدما على لخط المتوسط ويجب ان نخطط الارتفاعات خياطة متقنة وقوية وان نطهر الناحية تطهيراً بالغاً اقصى درجته قبل ان نبدأ بالمعالجة الجراحية . ومتى تجاوزت المرأة زمن المناسبات والتناسل يشار عليها بقطع المهيل (colpectomie) قطعاً قسماً او تاماً والعملية التي تجرى في فرسة اكثر من سواها عملية لغزو او منم حجاب في المهيل ومن حسناتها الخلية لنهلا لا تسجن للرحم نخاف خياطة سادة سداً محكماً (ويجب ان تكون السطوح المضطربة متناظرة تمام التناظر)

اما في قطع المهيل للثام في عملية مؤبر فتكون الرحم واقعة خلف حجاب من الدب . فلذا انورزت مغزلات او انما اُصيب الرحم بالسرطان بقيت منتجة خلف هذا الستار . واذا رغب للجراح في ان يستأصل الرحم بطريق المهيل كانت العملية خطيرة لان قطع النزف في الاقسام الجانبية يعود صعباً .

وصفوة القول كيف يجب ان تختار العملية الفضلى ؟

ففى كانت المرأة فتية وكانت رافعاتها عاجزة ويجب اجراء العملية الثالثة : خياطة المهبل
الامامية وخياطة المهبل والعجان مع خياطة الرافعات وتثبيت الربط (ligamentopexie)
إذا اقتضت الحالة

ويجب الاهتمام دائماً بحالة العنق الذي يكون ضخماً ويترتب علينا قطعه .

وإذا كانت المرأة طاعنة في السن ورافعاتها عاجزة يجب اجراء عملية لفوز

وإذا كانت الرحم مريضة (اى مصابة بالتهاب ، شيجوخى او كانت ممتلئة بمشيمة به)
يجب ان تستأصل الرحم بطريق المهبل وان يقطع المهبل بعد ذلك قطعاً قسماً أو تاماً وتسمى
هذه العملية استئصال الرحم وقطع المهبل (hystéro-colpectomie)

ومضى كانت الرافعات حسنة يجب اجراء خياطة المهبل المتقنة وخياطة المهبل والعجان
العادية وخياطة الرافعات المتقنة بها كانت سن المريضة .
ويتعلق النجاح او الفشل بقوة الرافعات او عجزها .

التهابات الملحقات . تقنيات الحوض

يلتهب النفير او المبيض او يتهبان معاً واشترك الالتهابين معاً اى تقيح المبيض وتقيح
النفير يعادل نصف الالتهابات كافة .

وللتهاب نوعان كبيران : الالتهابات الناجمة من المكورات العقدية (سترپتوكوك)
او الناجمة من المكورات البنية (غونوكوك) . وكثيراً ما يجتمع النوعان معاً . وعصية
السكولون التي تأتي من الملى تمرق أيضاً عدداً كبيراً من التهابات الملحقات التقيحية .
وقد تتفاعل الملحقات في سياق الامراض العامة كالحى التيفية وذات الرئة والتكاف
(oreillons) وقد ينشأ تفاعل الملحقات أيضاً من عصية كوخ .

الاعراض : أ - الالم هو العرض الاساسى ويقع حسب الحالات في جهة واحدة او
جهتين معاً ، وقد يكون ثابتاً ويشد في اثناء الطمث والالم في التهابات الملحقات البولية يشد في
اثناء الطمث ولا سيما حين نهايته وبعد الارتماجات والمشي على طرق غير مستوية وهو عرض ملازم
في الانواع الحادة ولا تناسب شدته في الانواع المزمنة حجم الافات فقد تتكون تقويضات
كبيرة بالحجم ووقت ان تشعر بها المرأة شعوراً مزعجاً .

ب — السيلانات البيضاء : هي دليل على التهاب الرحم المرافق .
ج — الانزفة : قد تظهر غيراتها نادرة وهي في الغالب انزفة طمعية . وقد ينقص دم
الطمث عوضاً عن ان يزداد .

الاعراض العامة : ارتفاع الحرارة : وهو دليل على شدة التعفن تحتل المرأة التهاب
ملحقاتها عادة متى كانت ناجمة من المكورات البنية اما متى كانت مسببة من المكورات
العقدية فيصعب عليها احتلالها .

الجنس : يكون البطن تارة ليناً في الانواع الزمنة وطوراً متقهماً (دفاع عضلي)
في الانواع الحادة

المس : ورم متفاوت الحجم من قدر الجوزة الى رأس الجنين ، مدور ، منتظم ، مؤلم ،
يجب تمييزه عن الرحم ويتسنى لنا ذلك في تقعيحات الملحقات بالشعور بالتملم (الفرضة) في كثير
من الاوقات ، ويجب ايضاً ان يعلم ما اذا كانت حدوده واضحة او على العكس ما اذا كان
متصلاً بالنسيج المجاورة ويعرف هذا بتحرك الورم في الحالة الاولى ويكون سببه المكورات
البنية عادة وبشباته في الحالة الثانية الامر الدال على التهاب محيط الملحقات الذي كثيراً ما
يشترك مع التهاب محيط الرحم ويكون ناجماً من المكورات العقدية .

ويجب الانتباه بآي عملية كانت قبل ان تثق تمام الوثوق بالتشخيص
اسباب الضلال : اولها المثانة : في الامام فقد تكون متوسعة بالبول فنظنها ورماً فيجب

ان قبول المريضة او تقشتر

ثانيها المستقيم في الوراء الذي قد يجتمع كتل غائطة فيه
ثالثها اطار الكولون في الجانبين فالى اليمين الاعور والذيل الدودي والى اليسار
السين الحرقفي .

المعالجة : الاستطبابات سهلة للغاية . المعالجة دوائية في الحالات الحادة وحين النوبة
الاولى والمعالجة جراحية في الانواع الناكسة او الزمنة .
اما التهابات الملحقات التالية للولادة وللانقطاع فكمثيراً ما تشفى شفاءً كافياً بالمعالجة
الدوائية . فيجب ان نتذرع بالصبر .
اما التهابات الملحقات السيلبية فتعكس دائماً وتستدعي في النهاية المعالجة الجراحية .

المعالجة الدوائية المعروفة هي :

راحة تامة في الفراش ، راحة الاعضاء التناسلية ، الحقن المهبلة الحارة التي درجتها ٤٨
والمرأة مضطجعة ، الحقن الشرجية الحارة التي يستحم فيها الوجه الخللي للملحقات اكثر من
الحقن المهبلية .

ويجب ان تحفظ هذه الحقن ويجوز ان يضاف اليها ١٥ — ٢٠ قطرة لودنم واما حرارتها
فاربون — ٤٢ ، تضميدات حارة على البطن (اللف بقطن مبلل بماء حار) او ثلج على البطن .
اما الحرارة مهما كان نوعها حقناً او تضميدات فتحدث توسعاً شديداً في الاوعية
وتدهو الكريات البيضاء الى مكان الالفة .

واما الثلج فانه يبرد ويثبت الامعاء وينعش انتشار الانتهاب الى الخلب (البريطون)
فالثلج والحقن الحارة أمران غير متضادين وهذه الطرق القديمة هي ابسط الطرق
ولعلها الفضلى .

اما الطرق الحديثة فنذكر منها الاستحارار (diathermie) وهو بفعل بالحرارة التي
يولدها في ملء النسيج غير ان هذه الطريقة تستدعي نفقات لا يقوى على القيام بها
غير الاغنياء .

اللقاحات كثيرة الاستعمال وافضلها اليوم بين اللقاحات المضادة للمكورات البنية
اللقاح المحضر في مستوصف باستور والمركب من اجناس متنوعة من المكورات البنية
المصول استعملت ايضاً

اللقاحات الذاتية واللقاحات الجاهزة مستعملة ايضاً

ويظهر ان لقاح دالبه الجاهز المسمى في التجارة بروبيدون (propidon) افضل
اللقاحات الجاهزة وانفعها . يجب اولاً ان ترج الحباية جيداً لتمرزج الجراثيم الميتة بالمزق
يحقن يستثمر مكعب ونصف السنتمتر اولاً ليعلم تحمل المريضة في الوجه الوحشي للعضد .
ويجب ان تغلى الناحية برفادة مبللة بماء شديد الحرارة لان هذه الحقنة مؤلمة حتى ان الالم
يظهر بعد الحقن بها والحرارة تملأ ثم تصنع حقنة ثانية بعد مرور ثلاثة ايام فحقنة ثالثة بعد ثلاثة
ايام اخرى فيكون المجموع ثلاث حقن . ويجب ان ينتظر ٣٦ — ٤٨ ساعة ريثما تكبرن
العضوية قد اوجبت الاضداد .

« للبحث صلة »

الالفاظ الطبية

الحلب والحرب

باتت لفظة « الحلب » اللفظة الوحيدة التي يتداولها اغلب اساتذة المعهد وشتاقليها السنة الطلاب جميعهم مقابل كلمة البريطوان (péritoite) الافرنجية : على انه كل من رام تقصي الحقيقة بمجدها لا تنطبق على مدلولها الذي وضعت له بينا انه لدينا من الالفاظ التي يمكن ان تقوم مقامها والتي هي اقرب من الحلب الى البريطوان . ونها نحن أولاً ننقل اليكم نتيجة مطالعتنا فيما يتعلق بهذا الموضوع مستنديين في ذلك على امهات معاجم اللغة ، فنقول :

ورد في لسان العرب ما مثاله : (الحلب : حجاب بين القلب وسواد البطن ، وقيل هو شيء ابيض لازق بالكبد ؛ وقيل الحلب زيادة الكبد ؛ والحلب الكبد في بعض اللغات . وقيل الحلب عظيم مثل ظفر الانسان لاصق بناحية الحجاب مما يلي الكبد وهي تلي الكبد والحجاب والكبد ملتزقة بجانب الحجاب) انتهى .

وقد جاء في تاج العروس (الحلب : بالكسر لحمة رقيقة تصل بين الاغضلاع . او هو الكبد في بعض اللغات او زيادتها او حجابها او حجاب القلب . وقيل هو حجاب ما بين القلب والكبد وقيل حجاب بين القلب وسواد البطن . او هو شيء ابيض رقيق لازق بها وقيل هو عظيم مثل ظفر الانسان لاصق بناحية الحجاب) الى آخر ما هنالك مما لا يختلف عما ورد في لسان العرب في شيء .

فلاحظ مما ذكر انه لا يجوز اطلاق الحلب على ذلك الغشاء المصلي الذي

يستر الاحشاء كلها اذ لا يتعدى معنى الخلب دائرة الكبد .

فما جاء في كلا المعجمين يتضح لنا انه يصح اطلاقه على غشاء الكبد الليفي او محفظة غليسون (capsule de Glisson) او الرباط المعلق للكبد (ligament suspenseur du foie) و الثرب المعدي الكبدي (épiploon gastro-hépathique) إلى غير ذلك من المصطلحات الحديثة التي لا تخرج في معناها عن المعنى الذي وضعت له في معاجم اللغة .

الا انه يسوغ لنا ان نستعمل هذه اللفظة اذا كنا في ضائقة لغوية ولم تدخر لنا معاجم لغة الضاد في تضاعفها ما تكفل لنا القيام بحاجتنا اللغوية الا وان لدينا من الالفاظ ما يغنينا عن التشويش في الخروج عن حدود المعنى الاصلي .

اذ جاء في تاج العروس ما نصه «الهرب بالضم ثرب البطن» وفي لسان العرب «الهرب : الثرب» والثرب بفتح التاء شحم يغشي الكرش والامعاء . فاذا ذهبنا مذهب صاحب اللسان كان الهرب من مرادفات الثرب بخلاف ما اذا سرنا مع صاحب التاج كان الهرب الغشاء الذي يغشي البطن ولا يخفى في ذلك ما فيه الدلالة التامة على انه البريطون ذاته .

وعلى الفرض ان الهرب لم تدل في كلا المعجمين الا على الثرب فبان باب التسامح اللغوي ازاء مثل هذه الضائقة مفتوح على مصراعيه وعندها يجوز لنا اطلاقها على البريطون على سبيل اطلاق الجزء على الكل .

فيتضح لدينا، والحالة هذه ان استعمال لفظة «الهرب» مقابل كلمة البريطون الاخرى نابعة من الإبقاء على الخلب واقرب الى المعنى الصحيح والمعبد عن

الالتباس ، وإذا كان ثمة لا مندوحة عن استعمال « الحلب » جاز لنا استعماله في أحد الأوجه المذكورة كمحفظه غليسون أو الثرب المعدي الكبدي ونحو ذلك . . .
 وإن أعجب لشيء فعجب حيناً رأيتم تشيرون في المجلد الرابع من مجلة المجمع العلمي العربي إلى استعمال كلمة الحرب مقابل البريطون من قبيل إطلاق الجزء على الكل : في حين أننا لا نراكم تفكون عن استعمال لفظة الحلب مسلم القاسمي

الجواب : ننشر لحضرة الأديب مقالته تاركين ما جاء فيها من الأغلاط اللغوية على عهده ثم نشكر له ملاحظته ولا نخفي عليه أنه ما من كلمة من الكلمات التي ذكرها والحلب منها كافية للدلالة على معنى (البريطون) لأن علماء اللغة في تلك العصور لم يكونوا من علماء التشريح فكانوا يذكرون للكلمة الواحدة معاني كثيرة متضادة ولهذا ترددنا كثيراً قبل أن يقر رأينا على كلمة نختارها لترجمة البريطون وتساءلنا عما إذا لم يكن تعريب الكلمة وقبولها كما هي أفضل من التفتيش عن كلمة عربية غير أن رغبتنا في تنقية اللغة من الكلمات الأجنبية وميلنا إلى الوضع والنحت والترجمة لا متى قضت الحاجة بالتعريب دفعنا إلا الإقلاع عن عزمنا فاستعملنا في بادئ الأمر كلمة الحرب التي استحسناها حضرة القاسمي غير أننا بعد أن بحثنا في الأمر تبين لنا أن الحلب أكثر دلالة على المعنى من الحرب لساناً نذكر أن التاج ولسان العرب وغيرهما من أمهات المعاجم لم تذكر من المعاني لكلمة الحلب إلا ما أورده صاحب المقال غير أنه جاء في محيط المحيط ما نصه : « الحلب بالكسر الحجاب الذي بين القلب ومنواد البطن . وعن المطرزي الحلب

حجاب الكبد وقيل غلاف البطن « فقله غلاف البطن كافٍ للدلالة على انه البريطون لان الثرب لم يذكر في تعريفه مثل هذا المعنى . لا نجهل ان قوله (وقيل حجاب البطن) دليل على ضعف الرواية وان المشهور ما تقدمه من المعاني ولكن متى كانت لنا حاجة الى كلمة جاز لنا اختيارها ولو كان المستند الذي نستند اليه ضعيفاً

واتني اذكر ان حضرة الاستاذ المدقق الحكيم امين بك معلوف^(١) قد نقد استعمال هذه الكلمة وختم نقده بقوله « اما اذا ثبت ان علماء اللغة او اطباء العرب قالوا ان الخلب هو غلاف البطن كما ذكر حضرة الزميل فانه لا يبقى لي مجال للمناقشة »

ثم ان اللغوي الكبير العلامة الاب انتاس ماري الكرمل كان ايضاً من المعترضين وقد اختار مقابلاً للبريطون الحرصيان او الخرصيان^(٢) فقد قال « ولا تتعجب . . . اذا كانت العرب عرفت الحرصيان او الخرصيان بمحاء مهجلة او بجاء معجمة لما سماه المعربون المصريون بالبريطون فلقد جاء في التاج والقاموس: الحرصيان بالكسر باطن جلد البطن ، وكفى بذلك تعريفاً دقيقاً لهذه الكلمة » واذكر ايضاً انني اظهرت ملاحظاتي حينذاك في المجلة نفسها^(٣) مخالفاً رأي العلامة الكرمل وذكرت الماساريقي والثرب والخلب والحرب وقلت يستحسن ان تكون الماساريقي لا (mésentère) والثرب لا (épiploon) والخلب

(١) مجلة المعهد الطبي المجلد الاول ص ٢٣١

(٢) مجلة المجمع العلمي العربي المجلد الثاني ص ١٧٦

(٣) مجلة المجمع العلمي العربي المجلد الثالث ص ٤٣

للـ (ligament du foie) والمهرب للبريطون من باب تسمية الكل باسم الجزء
والخرصيان او الخرصيان للطبقة الشحمية تحت البريطون كما ذكر في آخر
مقالة حضرة القاسمي غير اني اليوم عدلت كل العدول عما كنت قد ظننته صواباً
وملت الى كلمة الخلب للسبب الذي ذكرته ولعله كاف على انني لا امتنع متى اقتنعت
بان المهرب او سواء اوفى بالمعنى عن اتباع الكلمة التي يجمع رأي الاطباء واللغويين
عليها لانني لست ممن يتمسكون تمسكاً اعمى بأرائهم ولست ادعي العصمة في
تجميع ما اضع من الالفاظ الحديثة وما غابتي من كل هذا سوى خدمة هذه
اللغة العزيرة والسير بها في طريق العلم لتماشي اللغات الاوروبية الحية وفقنا الله
الى ذلك انه القدير

الحكيم
مرشد فطاطر



تنبیه : سقط في اثناء طبع الجزء الماضي (المجلد ٥ ص ١٠١٩ في آخر الجدول السطور الآتية
نستذكرها هنا وهي : « ويمكن بهذه السلسلة من النماذج تحقيق اعتدال الماء المقطر باستعمال نماذج
ازرق البروموتيمول وفتح منظار لون ذي اربعة ثقب بعد تنظيمه على الوجه الاتي : » .

مقتطفات حديثة

مترجمة عن جرائد الغرب بقلم الحكيم شوكت موفق الشطي

(ouabaïne Arnaud) وابائين ارنو

هو الستروفانتين وقد ثبت اليوم انه احسن علاج في مداواة تقصير القلب في بعض الاحيان . استحصله الاستاذ ارنو من الستروفانتوس غراتوس (st. gratus) وسماه الوابائين بدلاً من الستروفانتين وقد اهتم به بعد موت ارنو نتيفل (Nativelle) وعرف غلاي (Glay) وبارج (Baraige) ان مقادير هذا الدواء السمية تفعل في جسم الحيوانات فعل الديجيتال وتضع لفاكزولوتباخر (Vaquez et Lutembacher) ان للوابائين منافع يفوق بها الديجيتالين اولها سهولة انتشاره او انحلاله وسرعة تأثيره فهو يقي القلب من الوقوع في القصور ولا سيما متى كان السبب تمذه المستمر الشديد يد ان الديجيتال لا يفي بالمقصود في مثل هذه الحالة بل يضر كما اشار الى ذلك بوتن ومركن اما الوابائين فينقص حجم القلب المتعدد ويزيل العدو والنفحات الوظيفية .

ومن حسنات هذا الدواء وافضلته على الديجيتالين سرعة انطراحه خلافاً للديجيتال الذي يتراكم في الاعضاء ولا يلقي الا بطوء

استطبابات هذا العلاج: توسع اجواف القلب الحاد ولا سيما جوفيه الايسرين وتوسع الجوفين الايمنين اللذين يكونان حاداً في الحوامل المصابات بأفات الاكليلي وقصور القلب الذي لا سبيل الى رده وتحسينه سواء كان ذلك ناجماً من امراض المصاريح او من استرخاء عضلة القلب ولا سيما متى اعتلج القلب

الديجيتال واخذ يعصيه . ويجب في مثل هذه الاحوال البدء باستعمال الوابائين وانما المداواة بالديجيتال وقد تعصي قلوب بعض المقلوبين الديجيتال لان رؤايم متصلة او لان قفارهم منحرفة كما في المحدودين والزور (scoliotiques) الخ حيث تبدوا اعراض قصور القلب الايمن والاعراض الناجمة من الركود كالتبول (oligurie) وتشوش نظم النبض او آفات الوتين المصراعية

مضادات الاستطباب : الحى متى كانت ناجمة من تكرر التهاب الشغاف كما يقع في سياق امراض القلب ولا سيما في دور الاسترخاء ويعتقد بعض المؤلفين ان مشاركة آفات القلب لآفات الكلية تمنع استعمال الديجيتال فلا يجوز استعماله

وفي المقلوبين المصابين بامراض الكلية (cardio-renal) على ان فاكرك لا يرى هذا الرأي لان الوابائين سريع الانفراغ والانتشار وقد اثبت كلارك (Clerc) ان الوابائين ينفع المقلوبين المصابين باليلة الاحينية او بانجساس الآزوت في الدم ولا سيما متى اشرك مع الديجيتال

طرق الاستعمال والمقادير : يستعمل في التوسع الحاد فيحقن به الوريد يعالج قصور القلب الحاد الناجم من توسع القلب والمصاحب لاعراض وعائية ووذمة الرئة بفصد المريض واخراج كمية غزيرة من الدم ثم يحقن المريض برع ملغرام وابائين ويحقن بعد ٢١ ساعة برع ملغرام آخر وبعد ٢١ ساعة اخرى برع ملغرام ثالث وبعد ٢٤ ساعة برع ملغرام رابع اي مقدار ملغرام في ٤٨ ساعة

ويستعمل الوابائين في القصور الذي يعصي الديجيتال فيحقن به الوريد

ايضاً ويكفي في هذه الحالة ربع ملغرام في كل صباح اي ملغرام في اربعة ايام وقد اشار البعض باستعمال هذه الطريقة في آفات القلب والكلى ويرجع حينئذ ان يحقن المريض بثمان ملغرام في اليوم الاول ربع ملغرام في الايام الثاني والثالث والرابع حتى يبلغ المقدار ١ - ١٥٠ ملغرام فهذه المعالجة تزيل البيلة الآحينية وتنقص كمية البول في الدم وتنش القلب وتدر البول .

ويحوز ان يشرك الوابئين بالديجيتال على ان تترك فترة بين استعمال العلاجين مدتها يومان . يتجرع المريض ٦٠ قطرة ديجيتالين في اربعة ايام فيعطى ٢٠ قطرة في كل من اليومين الاولين و ١٠ قطرات في كل من اليومين التاليين ويستعمل الوابئين جرعةً وذلك في حوادث قصور القلب البسيطة او في حالات القصور التي تعصي الديجتال . واما المقدار ٥٠ قطرة من محلوله الالفي كل يوم مدة اربعة ايام متواليات او ٢٠ - ٣٠ قطرة من محلوله الذي نسبته ٤ - ١٠٠٠

هل يجوز ان يشرك الوابئين بعلاج آخر: يشير البعض باسراكه مع الديجيتالين بنسبة جزء ديجيتالين الى جزئين وابائين . والافضل ان يستعمل كل علاج على حدة فيوصف الوابئين اولاً فالديجيتالين فيما بعد ويجب ان يوعز الى المريض حين استعمال الوابئين ان يستريح في فراشه ويمحى الا عن اللبن والخضر وان يحتب تناول كلورور الصوديوم



كتب جديدة

(١) اطروحة الحكيم منير السادات

الحكيم المومأ اليه من تلامذة معهدنا الطبي النابغين ترك سورية في السنة الخامسة من دروسه الطبية ويمم معهد موبليه في فرنسا حيث اتم دروسه ونال شهادة ذلك المعهد سنة ١٩٢٧ فكتب اطروحته هذه التي موضوعها « حول درس تعجز^(١) الفقرة القطنية الخامسة المومأ » واهدى الينا منها نسخة متقنة الطبع باللغة الفرنسية مزينة بالرسوم الواضحة ومعززة بالمشاهدات الخاصة التي جمعها من سريريات استاذة سويران وقد بحث فيها عن تعريف هذه العلة فقال انها ضخامة ناتية الفقرة الخامسة القطنية المعترضين وملاستها لجنيح العجز او لعظم الحرقفة او للعظمين معاً .

وقال في تشريحها المرضي انها نوعان نوع تام ونوع ناقص . وفي سببها وإمراضها انها تصيب الكهل بين ٢٥ - ٣٠ سنة وان الرجال معرضون لها أكثر من النساء وان مقر الالم يكون حيث يكون التعجز اشد متي كانت الافة مزدوجة في الجانبين وان الرضوض التي تسبب اليها الافة ليست امراً ثابتاً ولعلها تنبه الالم الذي كان كامناً حتى ذلك التاريخ وكذلك القول في الامراض العفنة والرثية فلا تصح ان تكون سبباً في التعجز نفسه اما الالم فمنهم من ينسبه الى انضغاط الاعصاب والتهابها في ثقبات الاتصال وذلك في التعجز التام او بعد خروجها منها وذلك في التعجز الناقص . ومنهم من ينسبه الى انقراض الاقسام الرخوة

(١) نعني بكلمة تعجز صيرورة هذه الفقرة كعظم العجز فهي ترجمة (sacralisation)

بين اقسام العظم الضخمة او الى استطالة النخاع الشوكي ولا سيما ذيل الحصان وغير هذه من الفرضيات وانضغاط الاعصاب هو الفرضية الاقرب الى الصواب وقال في التشخيص المميز ان الافة تلبس بداء بوط وبالسلس العجزي الحرقفي وبآفات الكلية والحالب وسرطان المستقيم والموثة (البروستاة) وبالتهابات الملحقات في المرأة وبأورام الحوض وبهبوط الاحشاء وسوى ذلك وان تشخيصها يسهل متى دقق في المعاينة وانه يتحقق بالاشعة المجهولة

وقال في معالجتها ان المعالجة الدوائية لا تفيد الا بعض الفائدة في التعجز الناقص . وان المعالجة الجراحية واجبة في التعجز التام وهي تقوم بقطع ناقء الفقرة المتعجزة المعترض او نائسها معاً وبقطع جزء من القرعة الحرقفية وجنيح العجز . وقد وصف الطرق الجراحية وصفاً ضافياً ثم اورد المشاهدين اللتين جمعهما من سريريأت استاذهُ سويران وجاء في الختام على هذه النتيجة :

١ — ان تعجز الفقرة القطنية الخامسة تام او ناقص ويعنى بالنوع الثاني ضخامة الناقىء المعترض او الناتئين ضخامة اقل مما هي عليه في النوع السابق

٢ — ان الاسباب وامراض الالم لا تزال غامضة غير ان انضغاط الاعصاب اقرب الى الصواب

٣ — ان الاعراض متنوعة غير انها تشابه كثيراً ألم عصب الورك وضميرة العجز

٤ — ان الرسم الشعاعي واجب لتحقيق التشخيص

٥ — ان المعالجة الدوائية تفيد في ضخامة الناتئين المعترضين

(apophysomégalie) والمعالجة الجراحية واجبة في التعجز (sacralisation)

التام وانها تكفل بالتحالفاً بالنتائج

يستتج من هذه الخلاصة التي جئنا على ذكرها ان هذه الاطروحة قد أملت باطراف الموضوع ولم تترك منه شاردة وان زميلنا النبيه كان عند ظننا به دقيقاً في ابحاثه منكباً على دروسه الطيبة . فنحن نقدم له بالنيابة عن المعهد الذي انجبه وبالاصاله عن انفسنا أخلص التهانى ونشكر له هديته هذه سائلين له نجاحاً ومستقبلاً باهرآ .

الحكيم
مرشد خاطر

(٢) المجلة الطبية البغدادية

تصدر هذه المجلة عن بغداد كما يتبين من اسمها، رئيس انشاءها الحكيم هاشم الورتى ومديرها الحكيم صائب شوكت أهدي اليها منها الجزء الرابع من السنة الثالثة ولعلّ المهدي سعادة مدير الصحة العام الحكيم حنا بك الحياط طالعا هذا الجزء فوجدنا فيه مقالات شتى مفيدة لا نقول شيئاً في تقيظها او نقدها غير اننا كنا نتمنى لو ان رئيس انشاءها اعتنى بتنقية لغتها العلمية وسار في تسمية المصطلحات الحديثة على ما يضعه اللغويون والاطباء في سائر انحاء البلاد العربية ولو انه سهر قليلاً على لغتها وطبعها فأصلح فيها اغلاط اللغة والطبع الكثيرة المنبثة فيها حتى انك لا تكاد تقرأ صفحة الا تراها محشوة بهذه الخطيئات وقد استرعت انظارنا المحاضرة الشائقة التي القاها سعادة مدير الصحة العام الحكيم حنا بك خياط وموضوعها « معضلة وفيات الاطفال في العراق ومعالجتها » وقد حصر كلامه في احد اسباب الوفيات فقط وهو الجدع (اي التغذية السيئة)

ويبين ان سببه خلو تغذية الطفل من الحيويينات (vitamines) الخمسة (أ) و(ب) و(ج) و(د) و(هـ) وقد قدم امثلة لايضاح الموضوع الذي يعالجه فبين ان الخوص (xerophthalmie) مرض عيني ينجم من خلو طعام الطفل من الحيويين (أ) وان مداواة هذا المرض لا يقوم بالكحول والقطرات المتنوعة بل باعطاء هذه المادة التي تكثر في زيت كبد الحوت ومع البيض وبعض البقول الغضة . وان العشاء الوبائي^(١) (héméralopie épidémique) مرض آخر ناجم من السبب نفسه ويستدعي المعالجة نفسها . ثم انتقل الى الشلل التام او الجزئي الذي يصيب بعض الاطفال فقال انه ينجم من خلو الغذاء من الحيويين (ب) واوصى باطعام الطفل الارز بما فيه من قصر وجشر (اي بقشريته الباطنة والظاهرة) والعدول عن اطعام الارز المتشور لان الحيويين (ب) يكثرون في القشور ولان هذه المادة الحيوية خير علاج لشفاء ذلك الشلل .

ثم ذكر ان الحفر^(٢) ينجم من خلو الاطعمة من الحيويين (ج) وان خير علاج له بعض قطرات من عصارة الليمون الحامض او البرتقال وان الادوية المتنوعة لا تفيد شيئاً اذا لم تعط هذه المادة الحيوية الناقصة .

(١) كذا جاءت وصيحتها العشا او المشاوة

(٢) تعني به (scorbut) وقد سماه حضرة الزميل الكشار ولما تجاريه في هذه التسمية لان الكشمر معناه ابداء الاسنان والكشف عنها ويكون في الضحك وسببه غيره وليس في المادة ما يدل على ان الاسنان قد كشر عنها لاصابتها بمرض وان يكن وزن فعال يدل غالباً على المرض . واما الحفر فهو سلاق سيف اصول الاسنان وحفرت اسنانه حفرأ اذا اثر الاكل في اسنانه وقد عرف هذا الداء بالحفر فلا نرى حاجة الى تبديل اسمه كيف لا وهو اصح من الكشار .

ثم انتقل الى الخرج^(١) فبين انه ناشئ من خلو المواد الغذائية من الحيوين (د) وحرمان الطفل اشعة الشمس وقال ان هذا الحيوين يتصف بخاصة تثبيت الكالسيوم في العظام وان للكلسيوم دوراً مهماً في النمو وتكامل الجهاز العصبي وتسيير فروضه الاساسية وان نقصه قد يقضي على حياة الاطفال ويحدث فيهم داء التشنج (spasmophilie) وان خير علاج ناجع في هذا الداء الاشعة ما فوق البنفسجي وزيت كبد الحوت .

ثم انتقل الى السغل (athrepsie) وبين انه ناشئ من الارضاع الاصطناعي وان خير علاج فيه ارضاع الام ولولدها واذا تعذر عليها ذلك فارضاعه من مرضع لان في سمن لبن المرأة الحيوين (أ) و(هـ) وفي مصله الحيوين (ب) و(ج) وجاء اخيراً على ذكر النقاط الاساسية التي وضعها الاستاذ بودان وهي .

١ - تهذيب المرأة تهذيباً صحيحاً وعملياً لاشعرياً في امر حياتها الوالدية والمنزلية

٢ - انصاف الفقير في امر سكناه وتغذيته وفقاً لاحكام حفظ الصحة

٣ - تأسيس ملاجئ للائمة البائسة ومراكز لتوزيع اللبن على اطفال المعوزين

يتبين من هذه الخلاصة الموجزة التي استخلصناها من هذه المحاضرة النفيسة

ان حضرة الزميل قد اجاد كل الاجادة فقد تجلت في محاضرته رشاقة التعبير

والتقصي البعيد ولا عجب لانه يجمع بين الادب والعلم . المحكم مرشد خاطر

(٢) الخرج يعني به (rachitisme) وقد سماه حضرة الزميل الكساح كما يسميه الكثيرون

وقد بينا ان هذه الكلمة لا تفيد المراد لان معنى الكساح الزمانة في اليدين والرجلين وهي

حسنة في ترجمة (paraplégie) اما الراخيظس فقد سميناه الخشل وهو سوء الرضاع من

خشل الرجل يخشل خشلاً عظم بطنه واخشله امه اساءت ارضاعه فخشاً بالخشل ولا يخفى ما في

هذا من المعنى المطابق للراخيظس غير ان العلامة الكرملي فضل (الخرج) من خرغ الرخغل الخا

لانت مفاصله وقد جار بناء في هذه التسمية

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان سنة ١٩٢٨ م الموافق لشوال سنة ١٣٤٦ هـ

عرض ارن دوشان المفرد التالي لتصلب مشترك شقي
(dimidié) في امرأة مسلولة^(١)

للحكيمين } ترايو استاذ في المعهد الطبي بدمشق وطبيب المستشفيات العسكرية
ميشيل بشور داخلي في المستشفى العام بدمشق
ترجمها الحكيم مرشد خاطر



ينجم عرض ارن دوشان المفرد من آفة في المحيط اصاب العصبين المتوسط والزندي في آن واحد أو جذع صغيرة العضد السفلي الناشئ من اندماج الزوجين العنقي الثامن والظهري الاول .

واننا نرى فائدة في ذكر هذه الملاحظة التي يظهر بها ان عرض ارن دوشان مسبب من آفة اصاب النخاع الشوكي وان يكن هذا العرض مفرداً وواقعاً في جهة واحدة . لان هذه الآفة النخاعية الشوكية محققة ونادرة

....

دخلت امرأة مسلمة عمرها ثلاثون سنة المستشفى العام بدمشق مصابة

(١) نشرت هذه المقالة في مجلة أمراض الاعصاب الفرنسية في جزء ٢ شباط سنة ١٩٢٨

بضمور عضلي في طرفها العلوي الايسر وقد بدأ هذا الضمور منذ سنة حذاء عضلات اليد الصغيرة .

وقد تبين من معاينتها ان الضمور عمّ الطرف السفلي جميعه حتى عضلات زنار الكتف التي ضمرت ايضاً غير ان الضمور قرب الاصابع كان اشدّ مما هو عليه قرب الكتف . فكانت الضربة والالية ^(١) مسطحتين وعلى ظهر اليد خطوط من الضمور مناسبة للمسافات بين العظام . وكان الإبهام وقب عادت مقاومته مستحيلة متقرباً من الاصابع الاخرى منحرفاً عن اتجاهه العادي الامر الذي اعاد اليد شبهة بيد القرد . وكان الساعد ضامراً ولا سيما العضلات العاطفة وقد دل القياس :

ان الساعد الايسر	تعادل دائرته	١٥٦٥ سم
وان الساعد الايمن	" "	١٨ "

وكانت الافعال المنعكسة : المرفقي والابري السكبري والابري الزندي متزايدة على الرغم من ضمور العضلات

ولم يكن اقل تشوش في الحسين السطحي والعميق . غير انه قد تبين من تحري المطابقة في الجهة اليمنى ان السبابة تتردد وترتجف حين وصولها الى الغاية وانها تتجاوزها في اكثر الاحيان مبدياً ارتعاشاً قصدياً وبعض الضعوبة في قياس الحركات

وقد دلت المعاينة التي اجريناها على الاقسام الباقية من الجهاز العصبي ان وظائفها المتنوعة سالمة : والطرف العلوي الايمن والجذع والطرفان السفليان

(١) يعني بالضربة (ém.thénard) وبالالية (ém.hypothénard)

كلها صحيحة والحدقة لا تشوش فيها وعرض رومبرغ سلمي . وقد دلت المعاينة الكهربائية على الاعصاب والعضلات التي اجراها الحكيم حسني سبيح ان التقلصين الغلفاني والفرادي طبيعيان هذا الاعصاب والعضلات السائرة الا في الطرف العلوي الايسر حيث التنبه الفرادي متزايد في اكثر العضلات بيدان التنبه الغلفاني يكاد يكون طبيعياً .

وقد اعطينا المعاينات المخبرية التي قام بها الحكيمان حسني سبيح ومحمدي الحياط النتائج الآتية :

تفاعل واسرمان سلمي ، خلو الدم من الحيوانات الدموية .
السائل الدماغي الشوكي : تفاعل واسرمان سلمي ايضاً ، السكر والاحين طبيعيان ، عشر بلغميات ،

وقد استنتجنا من فحص المريضة فحصاً عاماً ان رثمتها مصابتان بسلي لفي جنبي متصف سريريّاً بساع خراخر فرعية لطيفة (sous crépitants) في مناطق متسعة من الرئتين واشعاعياً (الحكيم طاهر الجزائري) بنظر لب الخبز وجراثيمياً باحتواء التفلات على عصيات كوخ .

....

فلنعد الان الى تحري السبب التشريحي المرضي الذي احدث عرض ارن دوشان . نجيل أولاً ان الواجب يقضي علينا بترك جميع آفات النخاع الشوكي التي تنصف عادة بعرض ارن دوشان المزدوج مع ان الحقيقة خلاف ذلك لاتا اذا نسبنا هذا العرض الى ذات العصب السمية او العفنية التي اصابنا البعضين المتوسط والزندي في آن واحد لم تمكن من تحليل ضمور عضلات

العضد والكتف التي تعصبها اعصاب اخرى وعدا ذلك فلا تشوش في الحس مطلقاً في الطرف العلوي الايسر المصاب .

وكذلك القول في آفة اصاب جذع ضفيرة العضد السفلي او اصابت الضفيرة جميعها لان عرض كلود برنار هورنر العيني مفقود ولان تشوشات الحس مفقودة ايضاً . وعدا ذلك فنحن امام ضمور عضلي وليس امام شلل الطرف العلوي لان جميع الحركات طبيعية وان تكن قد نقصت شدتها بسبب ضمور العضلات .

واننا اذا أجلنا النظر في التهابات النخاع الشوكي المتنوعة التي تحدث عرض ارن دوشان نفينا الواحد تلو الاخر : الضمور العضلي المتماضي المسبب من التهاب المحور السنجابي (poliomyélite) المزمن لان افعال الاوتار المنعكسة متزايدة .

وناسور النخاع الشوكي (syringomyélie) لان الحسین السطحي والعميق سليان ولان الفرقان الحسي الذي تصف به هذه الآفة سلبي ايضاً .
والضمور العضلي الافرنجي النخاعي المنشأ لان المريضة لم تصب بالزهري ولان تفاعلي واسرمان على الدم والسائل الدماغي الشوكي سليان ولان الآفة غير مؤلمة ولان عرض بابنسكي مفقود .

والتصلب اللوحي لانه لا غمز تشنجي ولا تشوش في الحس ولا الكلام ولا ارتعاش في اللسان

فلا يبقى علينا والحالة هذه غير امرين التصلب الجانبي التضمير للعضلات والتصلب المشترك .

أن ضمور العضلات وازدياد افعال الاوتار المنعكسة هما في جانب المرضي

الاول غير ان التصلب الجانبي المضمحل للعضلات لا ترافقه علامات السلسلة الخيخية . وبما ان مريضتنا قد اصابتها ارتعاش قصدي وعسر قياس الحركات وجب علينا ان نظن بان العامل المرضي الذي اصاب العمود المنجاني الامامي الايسر ولحس الخزمة الهرمية قد انتشر ايضاً الى حزم النخاع الشوكي السطحية هذا هو التشخيص الذي نظنه قريباً من الحقيقة . لانه لو كان الامر تصلباً مشتركاً لما تجاوز هذا التصلب الخط المتوسط .

واننا لم نجد في سوابق المريضة ولا في معاينتها ولا في التحريات المخبرية التي أجريت سوى السل لتعليل هذه الآفة النخاعية الشوكية ويظهر كما يدعي سند (Sand) ان السل سبب ثلثي حوادث التصلب المشترك .



المجامة

بحث تشريحي سريري في التقيحات المحيطة بالبلعوم
وكيفية تشخيصها ومداواتها

« ٩ »

للحكيم عبدالقادر سري

ا- ناذ امراض الاذن والانف والحنجرة وعلم التشريح

خراجات محيط المسكن الحشوي

هي المجامع الصديدية التي تجتمع في المسكن الرقي العقدي ولها اشكال كثيرة غير اننا نختصر بحثنا في الاشكال التي تتصف بتظاهرات حول البلعوم . وقد اثبتت لنا السريريون ان معظم هذه التقيحات ينشأ من العقد البلغمية وان الباقي منها ينشأ من نفوذ بعض المجامع التي تتكون خارج المسكن العقدي وتظهر بعلامات بلعومية . كالتظاهرات العنقية الباطنة لتقيحات الحشاء التي سماها (موره) التهاب الحشاء الوداجي ذي البطين الذي يتبع الصديد فيه حتى انفجار الحشاء البطن الخلفي لذات البطنين والوريد الوداجي الباطن ويظهر في القسم العلوي من العنق .

تنشأ الخراجات الجنبية العقدية اذاً من السلسلة العقدية الوداجية فاما ان تكون باردة وتنشأ من التهاب العقد السلية للعنق او حارة فتنشأ من مضيق الحلقوم ولا سيما من بطانة البلعوم وقاعدة اللسان . وحقيقة الامر اننا لو امعنا النظر في ناحية فوق العظم اللامي الجنبية من العنق لرأينا ان جذوعاً جامعية

وكتلاً عقدية بلغمية تتألف من المجموعتين الوريدية والبلغمية الموجودة فيها
وانها تلامس الوجه الوحشي للوريد الوداجي الباطن وان لها شأناً في السريريات
كالجذع الوريدي الدرقي اللساني البلعومي الوجهي مثلاً .

ثم تعقب السلسلة العقدية التي تلامس الوريد الوداجي الباطن وتصعد معه
حتى قاعدة القحف ويستقر بعضها بين هذا الوريد والحزمة العضلية الأبرية ذات
البطنين ويعقب القسم الآخر منها السويقة الوعائية للأوعية القحفية والسويقة
القصبية الحشائية العلوية التي ترافق العصب الشوكي وتنشأ من السويقة
الأولى وتعرف بـ (السلسلة القحفية الحشائية) .

فيتين من ذلك ان العلامات المرضية الناتجة من التهاب العقد البلغمية الكائنة
في العنق تختلف سريريًا حسب موقع العقد الملتبته . فاذا اصاب الالتهاب العقد السفلى
تكونت ذات العقد السباتية الانموجية التي قد تسير نحو الجلد وتفتح فيه
.. واذا اصاب المجموعة العقدية العلوية . حيث الغدة التكفية في الوحشي
والحشاء في وراء والفك الاسفل في الامام لم يقوَ التقيح على الوصول الى سطح
الجلد فبرز على الجدار الجنبى للبلعوم . لهذا تصنف المجموعة العقدية العلوية اي
مجموعة ماتحت زاوية الفك (لسنيالك) بالعلامات الطبيعية الانموجية متى
ظهرت في جانب البلعوم .

اسباب المرض : — تنصب القنيات الجامعة للبلغم من الطبقة القفوية في
المجموعة العقدية الرقبية العلوية فأفات هذه الطبقة قلما تحدث خراجات البلعوم
الجانبية بل تنشأ من التهاب المجموعة العقدية الكائنة تحت البطن^٩ الخلفي
لذات البطنين نفسها او من اشتراكها مع التهاب المجموعة العقدية تحت القفا والحشاء

وبما ان عقد المجموعة المذكورة تتلقى الاوعية البلغمية التي تنشأ من مضيق الحلقوم ولا سيما من ناحية اللوزة وقاع الحفرتين الانفيتين والوجه الموافق له في الحفاف كان الفلغمون العقدي الجنبي للبلغم او تحت زاوية الفك ناشئاً من التهاب اللوزتين او في سياق الامراض الاتانية او الحميات الاندفاعية ولا سيما الذباج والحصبه التي تصحبها آفات التهاب او قروح في مضيق الحلقوم .

وقد يعرف الفلغمون المذكور القروح الفمية البلغومية التي تظهر على البطانة المخاطية في سياق الحمى نظيرة التيفو وهذا نادر . ولكنه ينشأ من آفات قاع الحفرتين الانفيتين والارتشاحات البلغمية للوجه العلوي من الحفاف ومن قروح سويفات الحفاف والقسم الخلفي من مخاط الجدين .

واما العوارض السنية التي دقق فيها البحاثة (سبيآو) فهي من الوقائع السريرية النادرة لان هذا الشكل الاستثنائي ينحصر في العوارض المخاطية التي تقع حين نبت الناجدة والعوارض الكثيرة الوقوع هي الفلغمونات العظمية التي تنشأ من التهاب مفصل قمة جذور الاسنان وتمتاز بكونها منحصرة في المسكن الماضع ولها مشهد سريري خاص .

هنا ما يقال في الخراجات العقيدية الحارة التي تلحق بها اشكال لإعقيدية اخرى تنشأ من التقيحات الاذنية الحشائية التي سماها (موره) بالالتهابات الحشائية الوداجية ذات البطنين الآتي وصفها .

واما الخراجات الباردة فقلما تنشأ من التهاب المجموعة العقيدية الجنبية للبلغم بل من التهاب السلي الذي يصيب جميع عقد العنق البلغمية .

الإعراض : - تقسم الى وظيفية وطبيعية

العلامات الوظيفية : تشابه العلامات الوظيفية للفلغمون العقدي تحت زاوية الفك العلامات المشتركة للفلغمون ما وراء البلعوم المتوسط بانصافه بعسر البلع الآلي فيشعر المريض في اثناء البلع كأن جسماً غريباً في حلقومه يضطره الى اجراء حركات بلع مستمرة وبما ان المجمع الصديدي لم يصعد الى القطعة الانفية ما وراء البلعوم فاختلالات التنفس لا تعترى المريض العلامات الطبيعية : اذا كان المجمع الصديدي صغير الحجم فلا يبدو تبدل ظاهر في العنق . ويصعب تعيين التعجن العميق الذي يشعر به الطبيب المستقصي باللس الاصبعي متى قابل الطرفين احدهما بالآخر .

واما اذا فتح فم المريض ودقق فيه فانه يرى ان ميزابة البلعوم لا تناظر فيها لان بروزاً خفيفاً يبدو وراء السويقة الخلفية من جدار البلعوم في الجهة المربضة واذا جس بالاصبعين فادخلت سبابة احدى اليدين في فم المريض وطبقت على جدار البلعوم ثم وضعت اصبع اليد الاخرى وراء زاوية الفك كالحجن وقعت الكتلة الجنبية للبلعوم بين اصبعي الطبيب المستقصي فتمكن من تعيين موقع الافة وحجمها وقوامها . ولكن يجب في الحالات التي يكون فيها حجم الخراج صغيراً ان يجرى هذا الجس في الطرفين ليعرف الفرق الموجود بين الطرفين السالم والمؤوف .

وتشعر الاصبع الموجودة في الفم بنضان الشريان السباتي دائماً على جدار البلعوم . هذا ما كان من امر الخراج الصغير الحجم واما اذا كان المجمع جسيماً فانه يدفع المسكن التكفي والاعضاء الموجودة فيه كتلة واحدة الى الوحشي فتزول الانخفاضات الطبيعية وراء زاوية الفك

رويداً رويداً ويستعاض عنها بإبرزة تمتد الى الاسفل والوراء فترفع العضلة القصية الترقوية الخشائية وتنزل ايضاً الى الميزابة السباتية . وقد تنطبق البارزة المذكورة في الامام على زاوية الفك وفي الوراء على الخشاء دون ان يؤثر ذلك في ماهيتها فتبدو كأنها متصلة بهما ولكن الاجزاء العظمية المذكورة تمتاز عنها دائماً بآتلام تساعد الجراح على جسها وتفريقها عن سائر التشكلات التشريحية .

واذا فتح فم المريض كان جدار البلعوم اكثر بروزاً الى الانسي مما هو عليه في الشكل الاول فيدفع المسكن اللوزي كتلة واحدة ويرى كأنه ملتف حول محور السويقة الامامية من الحفاف فينظر مع اللوزة الى الامام عوضاً عن ان يتجه الى الطرف الموافقة . غير ان كل هذا لا يؤثر في الاعضاء المذكورة لان الحفاف واللوزة والسويقة الامامية تبقى طبيعية . ويساعد الجس بالاصبعين على تعيين التموج وتشعر الاصبع الجاسة وهي في الفم بنضان الشريان السباتي الباطن في بعض الحالات لانه يقترب من جدار العضو المذكور .

ولا يؤدي حجم الخراج الى احداث اضطرابات تنفسية .

العلامات المشتركة الجينية للبلعومية الحلقية

واشكالها السريرية السائرة

الفلمغونات العقدية : - يضم هذا النوع جميع الفلمغونات العقدية السباتية ويشير (تروفر) بتمييز الفلمغونات التي تصيب المجموعة العقدية الكائنة بين الوريد الوداجي الباطن والبطن الخلفي من ذات البطنين عن الفلمغون العظمي قرب زاوية الفك لانهما يختلفان باسبابهما واشكالهما السريرية فالفلمغون العظمي قرب زاوية الفك ينشأ من آفة سنية عظمية والفلمغون العقدي من

آفات جوف الفم وبطائه المخاطية . ويقول (تروفرت) ان العلامات الاولى للفلمغمون العقدي خلف البلعوم هي علامات خناق لان الافة تبدأ هناك في اللوزة .

وقد يستتر دور الخناق هذا فيمر دون ان يعرف عنه شيء فلما ان يكون خفيفاً او ينطفي في الموقع الذي بدأ فيه ولا يبقى في ذاكرة المريض منه الا الشيء القليل لان دور الصولة يأتي بعلاماته الشديدة

ويظهر لنا الجلس العميق بالاصبع في هذا الدور كتلة صغيرة مؤلمة تحت زاوية الفك دالة على تفاعل العقدة الذي يرافق دائماً آفات اللوزة الحنكية .

دور الصولة : — يقسم الى صفحتين : صفحة الورم و صفحة تكون الخراج او التقيح .

صفحة الورم : تقسم العلامات التي تشاهد فيها الى علامات وظيفية ودائمة وطبيعية واليك بيانها :

العلامات الوظيفية : اذا لم نذكر عسر البلع الذي هو عرض خاص بالفلمغمون ذكرنا الألم والاجل اللذين يظهران في عنق المريض

وتختلف صعوبة البلع حسب الحالات فهي شديدة ثم تخف او تزول وتشتد ثانية . واما العلامات الرقية فسببها تحرش الياف الزوج الحادي عشر واللييفات الحسية من الضفيرة الرقية بالالتهاب العقدي والانعكاس الانتباهي المحيط بالعقد المذكورة فيميل رأس المريض كما في الاجل ويصاب بالالم وتنتشر الآلام الى الناحية فوق الترقوة وزاوية الكتف وتتشجع العضلة القصية الترقوية . ويصعب فتح الفم ويؤلم لان العقد الملتهبة واقعة بين الحشاء وزاوية الفك

ثم ينتهي الامر بتركاز الفك .

العلامات العامة : تختلف باختلاف العامل المقيح وشدة سميته وهي من عالية ٣٩ . ووهن زائد

العلامات الطبيعية : يظهر في القسم العلوي من الميزابة السباتية في الطرف المؤوف انتباج يمتد الى وراء نحو الحشاء والى الامام نحو الناحية ما فوق العظم اللامي الجنبية فيرفع العضلة القصية الترقوية الحشائية ويمحو الانخفاض الموجود وراء زاوية الفك واذا وصل الى الحشاء وزاوية الفك فلا يكون معهما كقطعة واحدة بل يبقى بين التورم والاعضاء المذكورة اثر يساعد على تفريق احدهما عن الآخر .

وقوام هذا الانتباج صلب وجسه مؤلم والجلد الذي يستره احمر وذمي حار الملمس . وقد ينزل التعجن من الناحية المؤوفة الى الاسفل دون ان يتجاوز الخط الدرقي الاقضي العلوي . ويظهر لنا جس الناحية السباتية صدا السلسلة العقيدية الوداجية الظاهرة — عقداً عظيمة متعجئة اخرى مؤلمة ناجمة من امتداد الفلغمون العقدي الكائن في القسم العلوي من الناحية المذكورة .

واذا فتح فم المريض وأُثير بمرآة (كلار) شوهد عدا الاسباب الاصلية المحدثه للآفة ان الميزابة البلعومية غير متناظرة وبدا وراء اللوزة انتباج واضح يدفع تارة السويقة الخلفية من الحفاف وطوراً يمتد عليها ، لونه احمر وذمي قوامه — اذا كان جسسه بالاصبع ممكناً — صلب اولين غير ان الجس مؤلم قلما يكتسب المريض من اجرائه وتكون الناحية اللوزية محافضة على وضعها الطبيعي ولا تبدل فيها . وقد يبدو الانتباج نابضاً لان نبضان الشريان السباتي الباطن

ينتقل اليه وهذا نادر . ويمكننا الجس بالاصبعين من الرثوق بان الابتاجين البلعومي والرقبي متصل احدهما بالآخر .

وقد تشفى بعض الحالات شفاءً طوعياً وذلك نادر حسب رأي تروفرت لانها تنقيح في اكثر الاحيان وتميل الى التوسع فهي اذن اكثر وخامة من سائر الفلغمونات التي تحدث في العنق .

صفحة تكون الحراج : تصف هذه الصفحة في الحالات الخفيفة يسكون العلامات العامة سكوناً قليلاً مناسباً لوقوف الافة واما في الحالات الوخيمة فتشتد العلامات المذكورة فتبلغ الحى الاربعين او تتجاوزها وتتصف بالاهتزاز ويعود وجه المريض تريباً ويسرع النبض ويصغر وقد يتشوش نظمه وتصعبه علامات إغماء منبىء بوقوع غشي مزعج او مميت .

ثم يضاعف الارتشاح الفلغموني في القطعة المؤوفة الودمة التي تتصف بها التقيحات العميقة وللودمة لون احمر وقوام صلب وهي تستقر اولاً ازاء الحافة الامامية من العضلة القصية الترقوية الحشائية ثم تمتد الى مدى ابعد من ذلك اذ قد تشاهد ازاء زاوية الفك الاسفل والقسم السفلي من الناحية الحشائية . هذا عدا اشتداد العلامات الوظيفية ولا سيما الزلة وكراز الفكين .

واما العلامات الطبيعية التي قد تشاهد في هذه الصفحة فلها شأنها الخاص لان عليها يتوقف عمل الجراح وافراغ المواد العفنية .

ففي العنق عدا الارتشاح الودمي في الطبقة الجليدية ارتفاع هذه الطبقة واكتسابها لونا احمر خاصاً منبثاً بوقوع خراج تحتها ولدى الجس يشعر بالمقاومة . وبالانطباع بالاصبع فيهما . ويصعب الجس بالاصبعين اذ قد يتسبب منه ودمة .

المزمار وهو قلما يكفي لتحقيق التموج :

ولهذا يجب ان يفتش عن التموج في الخارج في النقاط المختلفة من القطعة المؤوفة . ولكن الوصول الى هذه النتيجة متعذرا لا في الادوار المتأخرة من المرض .

واذا لم يتيسر للطبيب المستقصي اثبات التموج واجراء الشق اللازم لافراغ الصديد منه مرة الصديد حيثئذ الى النواحي المجاورة لموقع الآفة فسار الى تحت الجلد او اتبع طريقاً آخر فانصب في البلعوم فكانت منه بعض العراquil المزعجة التي تهدد حياة المريض غالباً .

وقد يستولي الصديد على الطبقة الخلوية المحيطة بالعقد البلغمية ثم يتقرب من الجلد ويبرز على الحافة الامامية للعضلة القصية الترقوية الخشائية باحتاج مقاوم في بدئه فلين لا تلبث ان تظهر فيه علامات التموج فيشق ويفرغ منه الصديد المتجمع فيه .

واذا ترك الخراج وشأنه ثقب الجلد عفواً وخرج الصديد دون ان تزول العلامات العامة والوظيفية لان النواسير تبقى والتقيح يستمر الامر الذي يجعل المريض عرضة لانزفة مميتة في الغالب . وتقع هذه النواسير تارة على الحافة الامامية للقصية الترقوية وطوراً ازاء حافتها الخلفية او في نقاط اخرى من الناحية فوق الترقوة .

هذا اذا انبثق الخراج على الجلد واما اذا انبثق في البلعوم فيستقر حيثئذ وراء السنوية الخلفية من الحفاف وقد يشفى المريض وان نادراً لانه كثيراً ما تعقب هذا الانفجار العفوي في البلعوم ومرار المواد العقية الى طرق التنفس

عوارض اختناق فجائية أو أحد التشنجات الرئوية الوخيمة .
وقد لا تقف الفلغمونات العقدية عند هذا الحد بل تعداه الى الاوعية
والاعصاب فتطراً انزفه صاعقة وكثيراً ما تتقدم هذه الانزفة ارتشاحات
طويلة المدى .

وسبب هذه الانزفة انتقاب جدران الاوعية بالصدید الذي يتلفها او تكون
خثرة فيها تكون مصدراً للصدمات الانتانية . وينتخب الالتهاب في هذه
العراقل الشريانيـن السباتين الاصلي والباطن والوريد الوداجي الباطن من اوعية
العنق ويرجع وقوع الالتهاب السدادي في الوريد الوداجي الباطن بنوافض
وعرق غزير واختلالات الهضم والبول فظهور هذه العلامات بنبيء بانتقال
الصدمات وقصور الكبد .

واما الاعصاب التي تشترك بهذه الاصابة فهي الاعصاب المختلطة الخمسة
البلغموي الساني ، والرئوي المعدي والشوكي والعصبان ما تحت اللسان الكبير
والودي . فيعرف انها التهبت بتنبها او بالنهي العصبي ففي الحالة الاولى تظهر
التشنجات ونوب الاختناق وفي الحالة الثانية الشلل الذي يصيب عصباً واحداً
أو أكثر وتصف بالعلامات المشتركة التي اتينا على وصفها في كلامنا عن شلل
العصبين الراجعين من هذه المجلة .

ويتصف النهي العصبي للزوج العاشر في ادواره الاخيرة بالموت الفجائي
او السريع مع عوارض وهن القلب (للبحث صلة)



اربع وعشرون حادثة كسر الفكين بمرام نارية

« قصة »

للحكيم غوستاف جينستاي احد اساتذة شعبة طب الاسنان
توجهها الحكيم مرشد خاطره

٣ - كسور الفكين معاً

المشاهدة الثالثة والعشرون : ك . جرح في ١٧ شباط سنة ١٩٢٦
دخل المستشفى في اليوم نفسه
التشخيص - ا شق الشفتين العليا والسفلى بمرم دخل تحت الانف الايمن وغرج
فوق الدقن
٢ كسر الثنيتين اليمنى واليسرى العلويتين والرابعة اليسرى العليا وتصدع الاسنخ
وكسر الثنيتين والرابعيتين السفلى .
دل الرسم الكهربائي على كسر معترض لا تبدل في قطعه واقع في الفك العلوي فوق
خط الاسنخ
المعالجة . خياطة غشاء الشفتين الخاطي بالحشة وجلدهما بشعر فلورنسة
غسل الفم مرات عديدة في اليوم ، تغذية بالسوائل

٢٤ شباط - استخراج كسرات الاسنان من
الفك العلوي

٢٧ شباط - استخراج الجذور السفلى

٩ اذار - سمح للجرح بالخروج

٢٥ نيسان - الجروح اندملت ، وضع جسر في

العالي وآخر في الاسفل .



الرسم - ٢٣

المشاهدة الرابعة والعشرون : علي ٠٠ جرح في صلخد في ٣ حزيران سنة ١٩٢٦
دخل المستشفى في السادس منه *

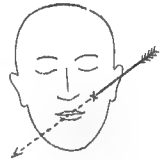
التشخيص : دخول الرمي تحت الوجنة اليسرى ولم يخرج وقد احدث التخريبات
التالية :

١- كسراً في حافة الفك العلوي الايسر السنخية وتخريماً في الرابعة والضاحك الاول
الايسرين العلويين وتقلقلًا في الثنية اليسرى العليا *

٢- كسر قسم من الفك العلوي الايمن فصل عن باقي الفك القطعة حيث مفاوز الثنية
والرابعة والضاحكين

٣- جرح اللسان وتورم المنطقة تحت الفك اليمنى وكانت

القطعة المنفصلة عن الفك الايمن متحركة جداً
المعالجة : تنظيف مركز الكسر في الفك العلوي
الايسر واستخراج الشظايا العظمية السطحية منه غسله
بمحلول دكان وفوق منغذات البوتاس (١ - ٢٠٠٠) طلي



الرسم — ٢٤ جروح الفم بمحلول زرقة المتلين المئوي تغذية بالسوائل

٨ حزيران — دل الرسم الكهربائي على ان الرمي واقع في الناحية تحت الفك اليمنى وان
كسراً ناقصاً خطياً لم يشخص تشخيصاً مريباً واقع في الفك السفلي حذاء الرحي الاولى
اليمنى السفلى *

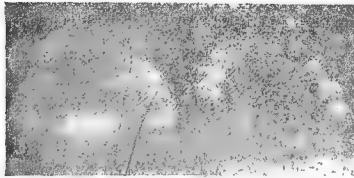
٩ حزيران — استخراج الرمي بعد التخدير الموضعي

١١ حزيران — وضعت قوس على الفك العلوي لاعادة قطعة العظم التي تبطلت بعض
التبطل الى مقرها وثبتت هذه القوس بمحلقتين وضعت احدهما على الرحي الثانية العليا اليمنى
والثانية على الضاحك الثاني العلوي الايسر

١٤ حزيران — عادت القطعة الى مكانها واستخدمت القوس التي وضعت لرد القطعة
المتبذلة للثبوت *

٢٨ حزيران — خرجت شظية حذاء كسر الفك السفلي الذي تحرك بعض التحرك *

استخرجت الرحي الاولى اليمنى العليا ، ضعت ميزابة فضة مسبوكة لاث الكسر
لم يتدخل .
٢ تموز - نزع القوس العليا ووضع مكانها جـ-از من المطاط المكبر



الرسم - ٢٥

ملاء الفراغ الكائن في الفك العلوي الايسر ودعم القطعة اليمنى المنسدلة بقوس
مشرشرة مارة امام الاسنان .
١٣ تموز - ارسل الجريح الى بيروت .

.....

لا نتكلم طويلاً عن التشريح المرضي والتشخيص بل نطيل البحث
في المعالجة .

ان المشاهدات التي اوردناها نجمت كسورها جميعها من مرام نارية واكثر
البنبقيات التي كانت مستعملة هي من نوع (الموزر) وكانت اطلاقها من بعد
٢٠٠ - ١٠٠٠ متر

وكانت ثقب الدخول والخروج تقطية في اكثرها اما تخريبات العظم
فكانت شديدة لان المرمي كان يكسر العظم تكسيراً متي صادف منتصفه وكان

ينزع منه متى صادفه عند حافته قطعة كأنها مقطعة بالمحوب (emporte-pièce) كسراً
جسم العظم كسراً خطياً أو مبقياً عليه كما هو (المشاهدتان ١٦ ، ١٧) .

وقد لاحظنا ان الفك العلوي كان يحتمل الصدمة أكثر من الفك السفلي
لانه مؤلف من قبة وعمد ولان فيه اجواءً ولان نسيجه قليل الكثافة : وهذا ما
كان يدعو الى انحصار الكسور في قسم من العظم دون سواه خلافاً لما هي عليه
في العظام الكثيفة النسيج .

وكسور الفك العلوي لا تبدل بدلاً يذكر (المشاهدة ٢٤) لانه
لاعضلات كثيرة تتركز عليه ولا ينزف وقد اثبتت هذا الامر مشاهدات المؤلفين
وايدته أيضاً مشاهداتنا . فاننا لم نحتاج في جميعها التي كان العظم بها مكسراً تكسيراً
شديداً الى ربط شريان وقد كفى ذلك الجرح في المشاهدة الثالثة دكاً خفيفاً
لايقاف النزف بعد العملية .

التشخيص : تشخيص هذه لكسور سهل في الغالب لان اتجاه المرمي
علامة كافية للدلالة على الكسر ولان عظمي الفكين سطحيان والتخريبات التي
تعرضها تدرك بالعين . واذا كان التبدل في الفك العلوي قليلاً لان الارتكازات
العضلية قليلة عليه فليس الامر كذلك في الفك السفلي الذي تصاب قطعه
المكسورة بالتبدل بعد انكسارها فتتحرف او تتراكب . ويسدل التشوه الناجم
من تبدل الذقن ومنظر الوجه ووضعة اقواس الاسنان على قصر احدى شعبتي
العظم حسب محورها الاقي او العمودي بعد انكسارها . ومن الحوادث ما
لايكشف فيها الكسر على الرغم من شدة التخريبات التي اصاب العظم وذلك متى
لم يتبدل منظر العظم العام بعد الكسر (كما في المشاهدات ١٠ ، ١١ ، ١٤) .

فقد تجوز هذه الكسور على الجراحين الحاذقين الذين لا يرون كثيراً من كسور الفك مع انها لا تجوز على جراح الفم الذي يتنبه الى اصغر العلامات الدالة على تبدل ضعيف كانبطاق الاسنان وحركات اللقمتين . وهذا صحيح في الكسور التي لا يصحبها تبدل في الزاوية والرأ ولا سيما ناحية اللقمة ولم يتسن لنا ان نعالج كسوراً من هذا النوع الذي اوضحه جيداً بارشر .

اما الاعراض الشخصية فخفيفة فالالام ليست شديدة وقلما تكون عفواً بل تنبه بالضغط او بتخريك الفك غير ان تعذر المضغ وعجز الفك عن القيام بوظيفته هما القاعدة المطردة وهذا العجز يظهر ايضاً في كسور الفك السفلي بانفراج القوسين السنيتين وانبصاب اللعاب المدمم التلن الرائحة من الفم والتصوير بالاشعة لا غنى عنه لانه اذا كانت الاعراض السريرية كافية لتشخيص الكسر فانها لا تكفي لمعرفة امتداد الافة ولا لادراك حالة المركز والشظايا وكسارات الاسنان ولا سيما الجذور فيجب والحالة هذه ان يرسم العظم قبل البدء بالعملية الجراحية او المعالجة مهما كان نوعها .

المعالجة: الاراء فيها متباينة بعض التباين . ولكن لا يخفى ان الفكين عظام كسائر العظام تتبع كسورهما السير الذي تتبعه كسور تلك فلا يجوز لنا والحالة هذه ان نخلف في معالجتها القاعدة بل يجب ان يتولاهما طبيب اختصاصي لكي يحسن اجراءها . فكما ان القابلة لا تتولى الولادات الصعبة كذلك طبيب الاسنان لا يستطيع ان يقوم بمعالجة كسور الفكين ولا سيما المفتوحة منها .

يجب ان يرد كسر الفك المحدث بمرم ناري رداً حسناً ثم يثبت كما ترد سائر الكسور الاخرى وتثبت ولذا ذكر ان الكسر مفتوح وان علينا احتياطات

لا بد من مراعاتها . اما رد الكسر فيجب ان يكون سريعاً لان رده في البدء سهل ولانه يخفف الم الجريح ويعد عنه العراقيين (تمزقات الاقسام الرخوة والنزف والتقيح الغزير) فجميع هذه الاسباب تدعو الى نقل الجرحى للمستشفيات باسرع الطرق (بالطيارات اذا كان ذلك مستطاعاً)

لان الجرحى الذين تمر على اصابتهم بضعة ايام يأثون المستشفى وحالتهم سيئة فأفواههم مجامع يتدفق منها صديد غزير تن وألمهم حاد يمنعهم عن التغذية ويثور لاقل لمس او حركة . ولكن متى ثبتت القطع هجعت الآلام وخف سيلان الصديد بعد غسل الفم مرات عديدة في اليوم بحلول دكان او فوق منغناات البوتاس ١ - ٢٠٠٠ لان هذا المحلول يزيل رائحة الصديد اللثة وعلى الجريح ان يغسل فمه بهذا المحلول مرات عديدة في اليوم .

وترال الشظايا وينضرحح الاقسام الرخوة وتنزع الجذور وتستخرج الاضراس المتخثرة تنحراً شديداً وتقلح الاسنان ثم يثبت الكسر بعد ان تكون أجريت كل هذه الامور .

ولكن ما هي الخطة التي يجب اتباعها متى كان الطيب 'زاء' كسر مشظى يشير البعض بنزع الشظايا منذ البدء بعد فتح مركز الكسر فتحاً واسعاً (سبيك وده برسون وفيلدار) ويشير البعض الاخر بالاعتصام . ففي الحالات العادية التي تنجم بها الكسور عن مرام كما في المشاهدات التي اوردها فلما يشار بالعملية الجراحية . ومتى وقع الكسر في الفك السفلي كان على الجراح ان يكون مقتصداً حتى البخل فلا يحق له ان ينزع شيئاً يرجى منه الالتصاق والحياة . ان نزع الشظايا لم يكن ضرورياً ولا في حادثة من الحوادث التي أوردها فلما .

فلو وقع الكسر في عظم او ساق وانتزعت الشظايا لقصر الطرف غير ان قصره لا يفيض الى القضاء على وظيفته

اما الفك السفلي فهو غير هذا لانه اذا فقد بعض اقسامه الهامة ولم يكن من سبيل الى استعادتها اضاع وظيفته . فيشابه الفم مطحنة كسر احد دواليها .
ويصعب جداً على الاختصاصيين ان يتلافوا هذا الضياع فعلياً اذن ان نحتزم قطع العظم الحية مهما كانت صغيرة . اما الشظايا الحرة التي تبدو وكسرات الاسنان فيجب اخراجها واذا لم يخرجها الجراح خرجت عفواً بعد بضعة ايام .
والتحفيض (drainage) سهل في جروح الفكين لان الاقسام الرخوة التي تحيط بهما قليلة فالعراقل التي نخسى وقوعها في كسور الاطراف المفتوحة بعيدة هنا عن الوقوع . فاذا بقيت شظية عميقة وانفصلت عن العظم وماتت تكون حولها جمع صديد صغير فانفتح الى الجلد او الى الغشاء المخاطي (كما في المشاهدات (١٩٣ و ١٩٢) ويكون الكسر قد رد حينئذ وثبت والدشيد قد بدأ بالتكون فاذا حاولنا نزع الشظية نزعنا معها شيئاً صالحاً مما بدأت الطبيعة بتكوينه وان المشاهدات (١٣ و ١٧ و ١٨ و ١٩) لا تكبر دليل على ما نقول .

فلوان الظنوب اصاب بكسر مشئى شبيه بكسور الفك هذه لكان عولج معالجة جراحية غير ان كسور الفك تستدعي الاقتصاد وما النتيجة الا حسنة .
فجريح المشاهدة الثالثة قد نزع شظاياه قبل ان يمد به الينا فكانت النتيجة ان كسره لم يندمل الا بعد تسعة اشهر وبعد ان طعم فكه بطعم عظمي سمحاقى .
لنذكر دائماً ان الفم يتحمل جيداً العوامل المرضية التي لا نلحمها النواحي الاخرى من الجسد بل تحدث فيها عراقيل شديدة فان جريح المشاهدة ٢٣

لم يعالج كسره المشغلي معالجة حسنة لان حاله العقلية منعتنا عن ذلك ولم يتألم كثيراً على الرغم من كل هذا . فان فكاه اندمل في وضعة معينة وانطبق اسنانه كان محتلاً واما حالة فكاه على الرغم من كل هذا فاحسن مما لو اجريت له عملية نزع الشظايا لان هذه العملية كانت افقدته قسماً كبيراً من فكاه فنجم منه مفصل كاذب رخو جداً

ويجب ان تحاط الاقسام الرخوة منذ البدء بعد ان ننظر لكي تندمل اندمالاً سريعاً . وقد ذكر هذا الامر روفيلوا في جمعية الجراحة ونبه الافكار اليه حين قراءته الاعمال التي قام بها سبيك وده برسون وفيليار .

ومعظم مرضانا كانوا مصابين بجروح نقطية في الاقسام الرخوة لا تحتاج الى خياطة او تضيير . واما الذين كانوا بحاجة اليها فقد طبقت عليهم هذه القاعدة (كما في المشاهدين ١٥ و ٢٠) فانفتحت الغرز بعد بضعة ايام . ومتى ضاع قسم كبير من الاقسام الرخوة (كما في المشاهدة ١٥) يجب ان يعوض عنه بالتصنيع بعد زوال الاعراض الالتهابية . هذا ما يعود الى الجراحة العامة

ولكن كيف نضمن الرد والتثبيت ؟ ان الجواب عن هذا السؤال دائد الى الاختصاصيين بامراض الفم . لانهم احق من سواهم باصلاح هذه الكسور وتثبيتها وان النتائج التي جناها سبيك في مراكش مع موازريه في العمل لباهرة ان رد هذه الكسور وهي حديثة العهد سهل للغاية فالشعبة الافقية وحدها هي التي تتبدل تبديلاً كبيراً اما الرأدان فهما مضبوطان باطار من العضلات . فالرد باليد او بالاستعانة بمشد مطاط كاف وربط الاسنان بعضها ببعض يقرب القطع وقوض انغل . تكفي لضبطها ضبطاً حسناً وهذه الاداة الاخيرة كثيرة

الاستعمال لانها تحرك قطع العظم تحريكاً تدريجياً لطيفاً (المشاهدة ٢٤)
 وخير واسطة لتثبيت الفك في وضعة حسنة هي ميزابة فضة مسبوكة
 تترك وجه الاسنان الماضع حراً وتصل حتى اللثة . فهي بانطابقتها انطاباقاً حسناً
 وصلابتها الشديدة تثبت قطع الكسر تثبيتاً جيداً والفضة هي من المعادن التي
 يسهل صلبها وعملها وهي موجودة في كل مكان وقد صنعنا ميازيبنا من المجديات
 التركية لان المعدات لم تكن متوفرة لدينا (المشاهدات ٢٣ و ٢٤ و ٢٥ و ٢٦)

نثبت الميزابة تثبيتاً حسناً قطع الكسر على ان تكون في هذه القطع اسنان
 متينة . اما اذا لم تكن في احدى القطع واسطة للتثبيت او اذا كانت الاسنان
 قد كسرت جميعها في اثناء الحادثة او اذا وقع الكسر قرب الزاوية والرأد
 فلا استطاع تثبيت الكسر الا بعد الاستعانة بالفك المقابل فتصنع في هذه الحالة
 ميزابتان احدهما علواً والثانية سفلى وتغلف كل منهما خمس الى ثمانى اضراس
 ثم يطبق الفم ويثبت الكسر في هذه الحالة وهي خير واسطة للتثبيت ونعزز
 في الوجه الوحشي للميزابتين محاجن صغيرة يربط بها خيط شبه اونحاس فيبقى
 الفم منطبقاً ويسهل نزع هذا الخيط للكشف على حالة الفم (المشاهدتان ٣٥ و ٣٦)
 ومتى لم يكن وضع الميزابة ممكنة قامت قوس انغل بهذا الدور موقتاً
 ونقول موقتاً لان ميزابة الفضة خير منها فهي تمكن الجريج من التغذي دون ان
 تتحرك القطع اقل تحرك . بيد ان القوس ليست متينة ولا كافية لتثبيت القطع
 جيداً اذن وضع الميزابة واجب في جميع الحالات التي يكون الوضع فيها ممكناً
 . وعلو ذلك فالمرضى يحتمل الميزابة اكثر من القوس .

ويربط الاسنان عند عنيقها بسبب تفاعلا التهيأ يسهل التغلب عليه

بالنظافة (غسل الفم والظلي بزرقه المتلين المئوية)

وبعد ان يثبت الكسبر يغسل الفم بالزرقه بمحلول دكان او محلول فوق
منغفات البوتاس ١ - ٢٠٠٠ سواء اكان الفم مغلقاً او مفتوحاً . ويعطى الجريخ
انبوب مطاط ليقوم بهذا العمل . وتعين الربط والميزابة في كل يوم وتطلى
اللاثا بزرقه المتلين المئوية ويغذى المريض بالسوائل (مرق وحليب) وتضاف
اليها عصارة اللحم او مسحوق فاربه ويعطى من كان فهم يمكنهم من ذلك
مسحوق الارز او مدقوق الحنصر والحبوب .

ومتى كان الكسر مثبتاً والفم مغلقاً يغذى الجريخ من فرجة سن مستخرجة
فستخرج سن لهذه الغاية ونثخب ضاحكا في الفك السليم حذراً من ان
نحرك الكسر تحريكاً نحن بغنى عنه . واستئصال الضاحك كاف للتغذية ولا
يسيء الى منظر الفك

ولكن كم هي مدة التثبيت ؟

لم نستطع ان نبقى جميع جرحانا لضيق المستشفى وقد تمكنا من مراقبة ستة
منهم حتى الشفاء التام . فكانت المدة بين ٣٠ و ٧٥ يوماً

ولا بد لنا بهذه المناسبة من وضع مسألة التثبيت المتأدي على بساط البحث
فمن المؤلفين من يفضل مراقبة حالة الفم كل ٨ - ١٠ ايام مرة فينزع الربط
توصلا الى ذلك (دوشنج) . اما جرحانا الخمسة الذين نالوا الشفاء فقد احتملوا
التثبيت المستمر دون ان نرى حاجة الى مراقبة افواههم او مذكوراً من اغلاقها
وقد احتمل احدهم . هذه الاغلاق ستين يوماً . على ان . اعى نظافة الفم
مراعاة دقيقة . ولم يشعر هؤلاء الجرحى بعد فتح افواههم ومرور

٦ - ٨ ايام عليه باقل انزعاج .

وقد ذكر امبرت وريال حادثة رجل قتل بقضاء وقدر وكان مصاباً بالتصاق احد مفصلي الفك التصاقاً مشدوداً اما المفصل الثاني فبقي سليماً مع انه كان قد اصاب بالتصاقه الاول منذ نعومة اظفاره . الامر الدال على ان الاتصاق لا يخشى شمه كما يظن بعض المؤلفين ولعمري هل تراقب حركة المرفق او الركبة في كسور العضد او الفخذ ؟

العراقيل : رأينا منها في سياق المعالجة الاشياء الاتية :

١ - تكون خراجات : ناشئة من الشظايا الحرة وقد شفيت بسرعة

بعد اتقذاف الشظية (المشاهدتان ٣ و ٢)

٢ - مفصل كاذب : رأيناه في المشاهدين (٣ و ١) وكان سببه في المشاهدة

الاولى عملية استخراج الشظايا وقد احتاج هذا الجريح الى عملية التطعيم بعد ان زالت العوارض العفنة وكلت العملية بالنجاح . اما في المشاهدة الثانية فقد ضاع من العظم قسمه الكبير حتى اننا اكتفينا بالرد الحسن ولم نقرب قطع العظم منذ البدء بعضها من بعض بجهاز حذراً من سوء النتيجة وقد اجريت لهذا الجريح بعد حين عملية التصنيع فكانت صعبة غير انها كالت بالنجاح ايضاً وكانت حالة الجريح تستدعي عملية ثانية لتصنيع شفته السفلى غير ان الحاجة اضطررتنا الى نقله قبل هذه العملية بعد ان تحسنت حالته كثيراً وقد نقل الى شعبة امراض القدم في فال ده غراس حيث تعالج الحوادث الصعبة .

٣ - وفاة : (المشاهدة ٢٠) نجمت من عرقلة رئوية مسببة من

جرح فمه .

النتيجة : قد أملى علينا درس هذه المشاهدات ان الاطباء الاختصاصيين بامراض الفم يجب ان يكونوا حيث المراكز مشتعلة لتولي معالجة جروح الفم وكسور الفكين .

وقد ذكر لنا جراح الجيش في كليكا مرات عديدة ان معالجة هذه الكسور كانت تزعجه وانه لم يكن قادراً على معالجتها الا بمعالجة جراحية صرفة . لان ربط الاسنان ووضع ميزابة او قوس امور يسهل على الاختصاصي اجراؤها غير انها صعبة كل الصعوبة على الجراح لانه لم يعتدها ولان معداته لا تمكنه من ذلك .

وقد كانت اعمال شعبة الجراحة في دمشق كثيرة جداً حتى انها لم تكن تبقي لنا وقتاً كافياً للاهتمام بكسور الفك .

ولو لم تقض الحوادث بارسال هؤلاء الجرحى الى فرنسا لكان شفي ٢٢ من جرحانا الذين بلغ عددهم ٢٤ شفاءً تاماً في دمشق او بيروت في الشعبة التي يديرها اخونا وهي مجهزة احسن من شعبتنا ولا يخفى ما في هذا من توفير النفقات الطائلة

فمن انراه يقوم بمعالجة هذه الكسور بمعالجة حسنة بعد العراقل المتبلة او المعالجات المعقدة في المستقبل اذا لم يكن في الجيش اختصاصيون بامراض الفم



استطابات قطع الياف الودي حول الشريان ونتائجه

في جراحة الاطراف (رنه لاريش من ستراسبورغ)

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية في المعهد الطبي بدمشق
نرجمها الحكيم مرشد خاطر



اجراء هذه العملية يقوم بقطع قبض الشريان الظاهر على بعد ٨-١٠ سم وفي هذا القميص شبكة من الياف الودي آتية من الاعصاب الشوكية.

الخلقة (الفيولوجية) : تحدث هذه العملية مباشرة في شرايين العضلات التي لا تزال متصفة بخاصة التقلص تقلصاً مؤقتاً موضعياً سببه تنبه العناصر العصبية المحيطة التي تتبطن العضلات . ثم يعقبها دائماً توسع الاوعية الفاعل في قطعة الطرف الواقعة تحت العملية ويمتد هذا التوسع في اكثر الاوقات الى القطعة الواقعة فوق العملية والعضو المقابل وقد يمتد الى الطرفين الاخرين ايضاً . ويبقى هذا التوسع اسبوعين او ثلاثة اسابيع ويزول زوالاً تدريجياً تلو في اثناائه الحرارة درجتين الى اربع درجات وتزداد الكريات البيضاء

الاستطابات : هذه الطريقة هي اسهل واسطة لبلوغ الاعصاب الحسي للاوعية والمرورها الى الاجهزة المحركة للاوعية

ويجب متى كان لا بد من اجرائها في الطرف جميعه ان يستعاض عنها بقطع جذر العصب او ان تشرك بهذه العملية .

وقد درس رنه لاريش هذه العملية في كل من هذه الحالات التالية :

أ - عرض الالم

٢ - عرض الاوعية الحركي

٣ - امراض الشرايين العضوية

٤ - امراض الاوردة والوذات وداء الفيل

٥ - القروح القديمة

٦ - القروح العصبية المنشأ

٧ - التشوشات العصبية التالية للجروح

٨ - التئقات ، وتقلصات العضلات ، وداء فلكنان

٩ - بعض امراض العظم

١ - العمليات في الم الاطراف : ان الغاية الاولى التي وضعت لها هذه العملية هي مقاومة الألم . ثم اتسعت دائرة استطاباتها رويداً رويداً حتى وصلت الى ما هي عليه الان .

أ - اذا كان الألم ناشئاً من سبب يحدث لتشويش الاعصاب (innervation) الوعائي الحركي (ندبة عضلية او جلدية ، او انسداد شريان او ورم عصبي او غير هذا) يجب ان يحدف السبب اذا كان حذفه ممكناً

ب - يجب ان يكر في اجراء العملية لانه اذا طال الوقت على الافة اعجاب المرضى المورفين او اعترتهم امراض روحية فكان شفاؤهم مستصعباً ان لم نقل مستحيلاً . اما المقر الذي تجرى به العملية فيجب ان يقع فوق الافة وبمسافة عن المنطقة المؤلمة :

سبب الاحتراق المؤلم (caustalgie) . نجهل طريقة تكونه ولا تزال معالجته في دور التجربة والاختيار . يستعملت في مكافحته طريقتان بطريقة ميكانيكية

وهي الحقن بالكحول ، والطريقة الودية ، واجريت في الحالات المستعصية عمليات على الجذوع والتخاع الشوكي .

٢ - آلام الناشرة الجراحية (algies diffusantes traumatiques)

(وهي التي كانت تسمى ذات العصب الصاعدة) لا تفيد فيها عملية قطع الودي وقد تأتي عملية قطع الاغصان (ramisectomie) ببعض الفائدة

٣ - الجذامير (moignons) المؤلمة : ليس ألم الجذامير واحداً

أ - فتي كانت الالام حادة محدثة بالضغط وتنتشر في منطقة عصبية

معينة يجب ان يحجر العصب وينزع الورم العصبي

ب - ومتى ظهرت الالام عفواً وكانت مستمرة وعميقة تتخللها نوب

اشتدادية حادة وكانت تشوشات وعائية حركية وازرقاق ووذمة وقروح يجب

ان يكر في اجراء عملية قطع الودي حول الشريان واذا خابت هذه العملية او

اذا كانت الالام منتشرة يقطع الفصن (ramisection)

ج - ومتى كانت الالام فائقة الحدة تقطع جذوع الاعصاب منذ البدء

ولا تقطع الياف الودي حول الشريان مطلقاً ولا تفيد في هاتين الحالتين إعادة

البتر ولا استئصال الورم العصبي ولا قطع العصب

٤ - الالام الاخرى - : لا يشار بقطع الياف الودي في آلام السهام

(تابس) الراحمة ولا في فرط حس المصابين بناسور التخاع الشوكي

٢ - العمليات الودية في امراض الاطراف الوعائية الحركية

لم يتقرر شيء حتى الان عن اتجاه المعالجة في الاعراض الوعائية الحركية

فقد تحسن هذه الاعراض تحسناً كبيراً بقطع الودي حول الشريان غير

ان فائدتها في جميع الحالات ليست ثابتة

١ - فان داء رنو (Raynaud) النموذجي الحقيقي يجب اذا اتبعنا القاعدة ان يعالج بقطع الودي حول الشريان في الجانبين متى خابت المعالجة النوعية والحقن بالانسولين . ولا يتم النجاح في الغالب الا بعد اعادة هذه العملية مرات متتابعة ريثما يشفى الداء شفاة تاماً ومستمرأ . غير ان نكس المرض ممكن والحياة في معالجه كذلك . فقطع الاغصان الموصلة مع قطع الياف الودي حول الشريان قد تفضي حيثئذ الى نتائج تذكر . ولا حاجة حسبما يترأى لنا حتى الان الى استئصال العقد

ب - داء رنو المفرد المعد كعرض من اعراض عاهة العظام او آفة الشرايين : يجب في هذه الحالة قطع الضلع العنقية او استئصال الشريان المسدود حتى الوصول الى الشريان السليم

ج - مذل النهايات (acro paresthésie) وازرقاق النهايات (acro cyanose) : ينشأ هذان العارضان في الغالب من شرايين انتهائية مسدودة فلا يشار بقطع الياف الودي حول الشرايين في هذه الحالة

د - داء واير ميتشل (Weir-Mitchell) او ألم الاطراف (érythro melalgie)

لا يعالج بقطع الياف الودي حول الشريان ولا ينجح فيه قطع الجذوع الخلفية

ه - تصلب الجلد (sclerodermie) والتهابات الجلد المضمرة (dermatites

atrophiantes) : يفيد فيها قطع الودي والاغصان العصبية اذا اجرياً معاً . اجل

ان هاتين العمليتين لا تشفيان تصلب الجلد ولكنهما توقفان سيره وتشفي بعض

اعراضه المزعجة . فبشعر المريض يتحسن يذكر

٣ - قطع الودي في ادواء الشرايين العضوية

يستعمل في آفات الشرايين التي ينقص بها دوران الدم في المحيط او التي يعرقلها تشنج . ويشترط في الشبكة المحيطية مع كل هذا ان تكون متصصة بخاصة التوسع لكي يمر الدم فيها .

أ - آفات الشرايين الجرحية : يستفاد من قطع الياف الودي حول الشريان لتسهيل الدوران الجانبي متى ربط وعاء كبير فجأة بجرح اصابه . وخير واسطة لاجرائه هي ان يقطع قسم من الشريان بعد ان يسلخ ويربط بـ ٢ يطين عوضاً عن ان يربط ربطاً عادياً . على ان يبكر في اجراء هذه العملية تحاشياً لوقوع الغنغرينة لا بعد ان تكون قد بدأت .

ويحسن قطع الودي ايضاً التشوشات التي تنجم من ربط شريان او من خثرة تكونت فيه بعد العملية وذلك بقطع الشريان المسدود .

ب - التهاب الشريان الشيخوخي المعصود : يستفاد من قطع الودي في مكافحة الالام التي تتقدم الغنغرينة ، ولا سيما في من كانت قدمهم يضاء باردة . وهو ممنوع في من كانت قدمهم حمراء حارة لانه يزيد الالفة وخامة فان التعفن يكون قد بدأ . والجاري البلغمية تكون قد انتهت وهو ممنوع منعاً باتاً متى كانت القدم منتبجة او متى كان الوريد ملتهباً .

امسا في الحالات الاخرى فيجوز ان يجرى قطع الودي لانه لا يعرض المريض لاقول خطر ولا يزيد الحالة وخامة ويجري بعد التخدير الموضعي . ويستطاع التكن بفائدته باجراء اختبار المغطس الحار فان المرضى الذين يخفف المغطس الحار الامهم ويزيد ضغط دمهم هم الذين يستفيدون من قطع الودي .

اما الذين ينه المغطس الالمهم فهو لاء هم الذين يضر بهم القطع
ج - العرج المتقطع : لا يعالج الا نادراً بقطع العصب الودي حول
الشريان . فهو قد يفيد في بعض انواع الغفريته الناجمة من فاقة الدم الموضعية
والسائرة سيرها . غير انه لا يفيد متى كانت الاوعية المحيطة لا تستطيع التوسع
لبعض حالات تشريحية طرأت عليها . وتحري حالة الجهاز الشرياني تقوم
باخذ توتره وبالتشخيص الليبودولي في الحالات الصعبة

التهاب الشرايين المزمن الشبائي : ينضوي تحت هذا الاسم جميع التهابات
الشرايين المزمنة التي لا يكون تصلب الشرايين سببها . وان الشروط التي يخضع
لها دوران الدم في هذه الامراض تبين بجلاء ان قطع الودي لا يفيد فيها الا
فائدة موقنة

ومتى نفي الزهري اتجهت الانظار الى الغدد ذات الافراغ الداخلي فولج
الداء بالانسولين وبمخلصات المبيض والحصى او باستئصال الكظر .
٤ - قطع الودي في ادواء الاوردة والوذات وداء الفيل

أ - ادواء الاوردة : للاوردة اعصاب حركي وعائي لا نعرف عنه الا
القليل ولها جدار رقيق جداً لا يستطيع نزع قسم من قيمه الظاهر بدون خطر
ولهذا كان قطع الودي حول الوريد بعيداً عن ان يروج استعماله . غير ان قطع
الودي حول الشريان يؤثر في تبديل حالة تعرف في مبحث امراض الاوردة
بتشنج الوريد . واستمرار هذا التحسن غير ثابت . ويجب ان تدرس مسألة
العقائل التالية لالتهابات الاوردة

وما الوذات الجراحية الا امر ناشئ من انخلال وعائي حركي فهي

تدخل اذن في نطاق الجراحة الودية . وكذلك القول في الودمات التي تعقب
الرضوض . اما في داء الفيل فيستعمل قطع الودي مع الطرق الاخرى ليكمل فعلها
ويكون لها بمثابة دعامة

٥ - قطع الودي في معالجة القروح المزمنة التي لا تنشأ من افات عصبية

تندب الجروح والقروح المزمنة بعد قطع الودي ندباً سريعاً متى وقعت
تحت مقر العملية وقد تستفيد ايضاً القروح البعيدة حتى الواقعة على الطرف المتأبل
غير ان استمرار الشفاء لا يمكن تحقيقه اذا لم يحسب السبب الذي احدث
هذه التقرحات : كالزهري والذئب الطافح وسوى ذلك . ان قطع الودي
يبدل البيئة ويظهر الجرح والقروح بسرعة فيجيب، بعد ان يحدث قطع الودي
ان يملأ الفراغ بالتطعيم او التصنيع

طريقه العمل :- تستدعي قرحة الساق المزمنة قبل كل شيء ان تعالج
معالجة نوعية ولو كان تفاعل واسرمان سلبياً ولو كانت الشبهات لا تعدوم حول
الزهري ولو كان مبدأ الافة رضيعاً . فاذا لم تشف وذلك في ثلاثة اعشار
الحوادث وجب :

١ - متى كانت القرحة مزمنة ورضية المنشأ كان قطع الودي فيها الواسطة
الفضلى فشفى القرحة بعد ثمانية ايام

٢ - متى ظهرت القرحة على ندبة حرق شغيت شفاء تاماً وسريعاً متى
قطع الودي حول الشريان وطعمت القرحة

٣ - في القروح التي يعزى سببها الى التهاب الاوعية البلغمية المباشرة
لا يجوز قطع الودي .

٤ - في القروح التالية للتجمدات تقرب المعالجة من المعالجة المتبعة في التهابات الشرايين السادة فتقطع القطعة المسدودة من الشريان القدي والظنبوني الخلفي ثم تقطع الياف الودي حول الشريان بعيداً . فكثيراً ما تندب القروح وتزول الآلام بعد هذه العملية ويسوف بتر القدم

٥ - متى استقرت القروح حذاء شبذ طافح يجب ان يستأصل الشبذ ويسطح العظم ثم يقطع الودي حول الشريان وتطعم القرحة

٦ - متى كانت القروح مع دوال ظاهرة كانت المعالجة مركبة : يقطع الودي حول الشريان الفخذي لتطهير القرحة ، ثم تطعم القرحة وبعد ان تندمل تقطع الدوالي

ومتى كانت القروح ناشئة من التهاب الوريد الفخذي يجب ان تعالج بقطع قطعة الوريد المسدودة فيزول معها سبب الانعكاسات التي تنشأ القروح منها

٦ - قطع الودي في القروح العصبية المنشأ

ليس لهذه القروح معالجة شافية ولكن التجربة قد تكون مفيدة . لا يجوز ان تعالج القروح التي تظهر في سياق السهام (نابس) وناسور النخاع الشوكي والتهاب النخاع الشوكي والشوك المشقوق الخفي وادواء الاخص الثابتة معالجة جراحية وعلى العكس من هذه فان قطع الودي حول الشريان كانت منه فائدة تذكر في القروح الغذائية التي تنجم من رضوض النخاع الشوكي او من جروح الاعصاب . فيجب في هذه الحالة ان يستأصل الورم العصبي ويرمم العصب ويجوز ان يلجأ الى قطع الودي حول الشريان متى غلب ترميم العصب ولم يستعد وظيفته الخلقية على ان تكون وضعة القدم حسنة اوان ترد

الى وضعها الحسن اذا كانت عرجاء اما اذا لم يكن الرد ممكناً فيفضل البتر
واذا كانت القروح الغذائية على جذمور البتر فخير واسطة لشفائها قطع
الودي حول الشريان على ان تكمل العملية باستئصال الندبة المتقرحة وبتطعيمها
٢ — قطع الودي في التشوشات الوعائية الحركية التالية للرضوض

ان قطع الودي يزيل هذه التشوشات بتبديله بنظام حركة الاوعية هذا
اذا لم تكن الافات قديمة العهد ولم تكن متسعة واما اذا كانت كذلك فيفضل
قطع الاغصان . غير ان هذه المسألة لا تزال مجهولة
٨ — قطع الودي في التقلصات (contractures) والتقلصات الفجائية (myoclonies)

وداء فولكمان

قطع الودي ممنوع كل المنع في التقلصات المركزية المنشأ لانه قد يزيدها
وخامة . وهو لا يفيد في التقلصات الفجائية ولم يتضح فعله ايضاً في داء فولكمان
اما اذا كانت التقلصات بسيطةً فان قطع الودي يشفيه بسرعة ويتلافى التصلب
المقبل واذا كانت آفة شريانية مع عوارض فاقة دم موضعية ادى قطع الشريان
الى تبديل شروط الدوران وربما الى تخفيف الآفة
٩ — العمليات الودية في ادواء العظام والمفاصل

يخضع نمو العظام لعاملين : لنسيج ضام يتصف ببعض الصفات الخاصة
ولنقل المواد الكلسية . اما النسيج الضام فيجب ان يكون محققاً متوذكاً وان
تكون شبكته الليفيه آخذة بالتكاثر لكي يتقلب عظاماً . وهذا ما يحدثه تمدد
الاوعية الفاعل .

اما نقل المواد الكلسية فيقوم به فرط الدم الفاعل ايضاً لانه يحور بعض

المواد الكلسية في الجوار فنقل الى مكان الافاق فقطع الودي والحالة هذه يناسب كل المناسبة العاملين الذين يقوم بها نحو العظام . فهو يستعمل اذن :
 أ - في تأخر الاندمال ، وغوور (resorption) الدشبذ والمفاصل الكاذبة :
 متى كانت الكسور حديثة اسرع اندمالها عشرة ايام ومتى تأخر اندمال الكسور ولم يكن الزهري سبب هذا التأخر ولا سيما متى كان تأخر الاندمال تالياً للاستجدال (ostéosynthèse) وفي الكسور المتكررة وفي المفاصل الكاذبة الصعبة يعد قطع العصب حول الشريان خيراً واسطة .

ب - في تخلخل العظم (ostéo porose) الرضي : متى حدث التخلخل منذ البدء واثبتته التشوشات السريرية والرسوم الكهربية كان قطع الودي حول الشريان خيراً معالجة متى كان التخلخل لا يزال منحصراً في النهاية . واما متى كان التخلخل منتشرأً وجب قطع الاغصان (ramisection) : وليست ذات المفصل الرضية الا تالية لتخلخل العظم تحت الغضروف المسبب من فرط الدم الذي يعقب الرض

ج - السلان العظمي والمفصلي : لم تكن نتائج قطع الودي حول الشريان باهرة في هذه الافات والشئ الذي يرجى الحصول عليه بعد هذه العملية انما هو تشييط نحو العظم وليس خنق الاكواء السلية . فهو لا يمنع عملية يجب اجراؤها على العظم ولكنه يوسع دائرة العمليات الاقتصادية (اي التفريغ والنشر) ويكمل فعلها ويساعد على الترميم
 د - ادواء المفاصل العصبية : ليس لقطع الودي حول الشريان من فائدة .

في هذا الحالات

الإلفاظ الطبية

المشيمة ترادف (البلاستنة) لا السخند

جاءتنا من حضرة الزميل الفاضل صاحب التوقيع المقالة الآتية: قال بعد مقدمة موجزة

... وقد كنت بينت لحضرة الزميل الطيب مرشد خاطر الاسباب التي دعني الى الاعتراض وادليت بحجتي فلم يقبلها حضرة الاب انتاس مساري الكرملي متعللاً بما يأتي :

(١) - انه لم يجد في جميع ما قلته سوى ان المشيمة هي (الغرس) على ما شرحها صاحب التاج اي كل ما يخرج مع الولد من الاقذار ولم ينص احد على انها السخند . ويسألني اين وجدت ان المشيمة هي البلاستة .

(٢) - انه وجد للسخند معاني كثيرة وفي جماتها معنى لم يجده فيما قيل عن المشيمة ولذلك رجح كلمة السخند ترجمة للبلاستة دون غيرها

(٣) - لم يقل احد بان المشيمة هي الكعكة

(٤) - ان الدليل القاطع بل القاتل (كذا) هو ما ذكره في تعريب الخوريون

(٥) - لا معنى لهذه المجادلة الفارغة فان المحققين قد فرغوا من هذا الامر

ولا فائدة في العودة اليه .

(٦) - ان السخند هي محولة عن الشهد على لغة من يجعل الماء خاء وحشت

ان الشهد هو قرص التحل وانه مدور والبلاستة مدورة فاذاً يجب ان يكون الشهد هو السخند والسخند هو البلاستة .

هذه هي الحجج التي ادلى بها ردّاً على اعتراضى . وسيعلم القارئ خطأه في الاستدلال والاستنتاج ولذا جابّ شرح الحقيقة التي استقرتها ووجدتها وخدمة للعلم واللغة سائين ما هو المفهوم من اغشية الجنين ليصح اطلاق الاسماء التي وردت في كتب اللغة والطب عليها . ثم اين ما فهمه العرب من تلك الاغشية وما وصفوه بها واقارن بين مسمياتهم ومسميات الطب الحديث ومسميات اللغويين من العرب وعندها يتضح الحق فيما اقول .

١ - ما هي اغشية الجنين .

ذكر علماء التشريح وعلماء الفسيولوجيا ، وعلماء الأجنة وفن الولادة بان للجنين ثلاثة اغشية تحيط به وقد سموها الاول (الأمنيون amnion) والثاني (الخوريون chorion) والثالث (البلاستة placenta) .

فالأمنيون - هو الغشاء القريب من الجنين دون بقية الاغشية . يطن الوجه الجنيني للبلاستة ويتركب نسجه داخلاً من طبقة واحدة من خلايا (اندوثيليوم endothelium) اي البشرة المخاطية الباطنة المسطحة التي يتجه وجهها نحو تجويف الامنيون . وخارجاً من طبقة موصلة (connective) خلاياها مغزلية طويلة او نجمية ذات نواة مستطيلة تندمج في مادة ليفية . ولا يتشوه انتظام وضع طبقة الخلايا البشرية الباطنية الا في نقاط محدودة حيث يستند الامنيون على البلاستة فتكوم هنالك الخلايا وتشكل نتوءات شبيهة (بالزغبة villus) تكون خالية من اوعية الدم .

والخوريون اصل لفظة يونانية معناها الغلاف الخارجي للبذور والجلد الخارجي ويقابله باللاتينية لفظ خور يوم اي الجلد والادمة (قاموس مبنسر) واما (الكوتيس Cutis)

فهي لا تبنية ايضاً ومعناها « البشرة » والمعلوم ان الخور يوم والكيوتيس يشكلان (الديرما derma) اي الجلد او الغلاف الخارجي ولذا تقارب معنى الخوريون والكيوتيس من حيث ان كل واحد منهما جزء لكل . والخوريون يشكل الغشاء المتوسط بعد الامنيون . ويقسم الى قسمين (الخوريون الكاذب) و (الخوريون الحقيقي) . اما الكاذب فيتكون عند دخول البويضة الى جوف الرحم وانغاثها في غشائها المخاطي الكثيف . وعندها ترسل من جدارها الكثيف ذي الخلايا البروتوبلازمية استطالات تنفذ الى النسيج الموصل (لغشاء الرحم الساقط decidua) فتثبت حيث غرست وتجذب ما يلزمها من الغذاء من اوعية الدم في الرحم . ولذا فالجدار ذو الخلايا مع تنوّات الشبيهة بالزغيات يكون (الخوريون الكاذب) والحقيقي يتكون بعد اختفاء الكاذب واستبداله بطبقة من خلايا الطبقة الخارجية للغشاء الجرثومي (بلاستودرمة blastoderme) المحيط بالبويضة اي (الجرثوم الغذائي ترؤفوبلاست trophoblast) فيمتد منها اي من الطبقة تنوّات - زغيات - تكون في الاول عديمة الاوعية لكنها فارغة ثم تأتي الى داخلها من الجنين اوعية من اطراف البويضة بواسطة (السلي السجقي allantois) ليمتص الجنين غذاءه من كافة الغشاء الساقط المنعكس حتى الشهر الثالث ثم ان زغياته ذات الطبقتين (السينسيطيوم - syncytium) ولانهمان Langhan) تضمر وتختفي ولا يبقى منها الا ما كان في القسم الطرفي للبويضة المماس مباشرة (للغشاء الساقط الرحي الحقيقي decidua serotina) فنمو ويتشكل منها البلاسته . فغشاء الخوريون الحقيقي يبقى موجوداً للشهر الثالث ثم يضمرو ويختفي ولكن ينمو قسم منه فيشكل البلاسته . وهذا الاخير اي الخوريون الحقيقي يكون شفافاً ورقيقاً

وعند الولادة يصبح ليفيا اصله من باطن الخور يون الاولى
 البلاستة - هي عضو مستقل . وكما عرفنا من الخور يون الحقيقي يتبدى
 وجودها من بعد الشهر الثالث حيث تنمو الزغبات التي بقيت مماسة للغشاء
 الساقط الرحمي الحقيقي بسرعة زائدة ويحدث على سطحها براعم خلايا (البيلية)
 تسمى (السنسيتيوم) تنقلب الى زغبات جديدة وتفرق الى شعبات كثيرة
 الاطراف ثججه في كل جهة وينفذ الى كل منها ، عروة من اوعية الدم ثم يتخلل
 ما بين الزغبات تتوأت آتية من الغشاء الرحمي الساقط التي تذهب الى قاعدة
 الخور يون بين التوأت الاصلية الخور يونية وتحمل معها عرى الشعريات الدموية
 الواردة من الدم . ومتى غابت طبقة (لانغهام) تبقى طبقة السنسيتيوم محيطة
 بالزغبات فتسبح في دم الام بواسطة شرايين الاوعية الدموية التي تفتح مباشرة
 في اول تكوين البويضة الى اتساعات (نقر الرحم) ما بين الزغبات البلاستية
 ويكون وزن البلاستة عند الولادة $\frac{1}{2}$ كيلو قطرها ١٧ سم وثقلها ١٠٠ م
 وهي كتلة مدورة ولون سطحها الجنيني قاتم ويشاهد عند الحبل السري منها
 غشاء براق يتصل مع غشاء السطح المذكور هو غشاء الامنيون . ويوجد في
 سطح البلاستة الجنيني ثلث ثلث تقسمه الى فصوص ذات مساحات غير محدودة
 ومنظمة تسمى فلقات . ويعلو سطح الأم غشاء رقيق مائل للبياض يتشكل
 من خلايا الساقط الرحمي الحقيقي

فستفاد من الوصف المذكور ان البلاستة هي الجسم المدور ، الثقيل في
 كثافته ، المستقل في وظيفته . وان هذا الجسم يتشكل من بقايا الخور يون
 الذي نما في محلات مخصوصة وانصق مباشرة بغشاء الساقط الرحمي الحقيقي

وامتدت منه الزغبات الى داخله وان اصل الخور يون اي الغشاء المتوسط لا يوجد عند الولادة وانما يوجد بدلاً عنه غشاء ليفي يقع بين البلاسته والأمينون وان الغشاء الاخير هو المحيط بالجنين ينشق عنه الولد عند الولادة بعد ان كان يسبح في مائته . ويتفق علماء العرب بوصفهم التثريجي للبلاسته واغشية الجنين مع اطباء الغرب ويطلقون لكل اسمه . فيطلقون اسم (المشيمة) على البلاسته واسم اللغافي على (الخور يون) و (أنفس) او الساياء على الامنيون . وهذا ما جاء في كتبهم

٢ - ما قاله اطباء العرب الاقدمون عن المشيمة واللغافي والساياء

اولاً قال ابن سينا في كتابه القانون الجزء الاول . (واعلم ان الجنين تحيط به اغشية ثلاثة (المشيمة) وهو الغشاء المحيط به وفيه تتجج العروق المتأدية ضواريها الى عرقين وسواكهما الى عرق يسمى (فلاس villus) وهو اللغافي (chorion) وينصب اليه بول الجنين . والثالث يقال له (انفس amnion) وهو مفيض العروق ولم يحتج الى وعاء اخر لفصل البراز اذا كان ما يفتذي به رقيقاً لا صلابة له ولا ثقل وانما تنفصل منه مائة بول او عرق . واقرب الاغشية اليه الغشاء الثالث (amnion) وهو ارقها ليجمع الرطوبة الراشحة من الجنين وفي جميع تلك الرطوبة - ماء الامنيون - فائدة في اقلها كيلا يثقل على نفسه وعلى الرحم وكذلك في تنفيذ ما بين السرة والرحم . فان الغشاء الصلب ليؤمله بمسامته كما يؤلم الماسات ما كان من الجلد قريب العهد معد النبات على القروح واما الغشاء الذي يلي هذا الغشاء الى الخارج فهو (اللغافي chorion) لانه يشبه اللغافين وينفذ اليه من السرة مصب البول وليس من الاحليل (راجع ما تقدم في

وصف الخوريون عند الولادة)

فها ترى الاتفاق بين القدماء والمحدثين بأن للجنين ثلاثة أغشية • (المشيمة) وهي البلاستة أي الغشاء الخارجي (واللفافني) وهو (الخوريون) أي الغشاء المتوسط و (الانفس) وهو (الامينوس) أي الغشاء الداخلي وقد قال ابن سينا بوجود (الفلاس) أي الـ (villus) في اللفافني وفي المشيمة وهذا صحيح لأن الثانية مشتقة من الاول • ولم يقل بوجود الاوعية الدموية في (الانفس) أي الامنيوس وذلك يطابق ما قاله العلماء المتأخرون

(٢) — ويؤيد صحة اطلاق العرب اسم البلاستة على المشيمة لا على غيرها ما جاء في الجزء الاول من القانون صحيفة ٥٨٠ عند وصفه كيفية اخراج المشيمة قال ابن سينا (ذكر بعض الحكماء قولاً حكيمناه بلفظه قال (لايدوس) فان بقيت المشيمة في الرحم بعد اخراج الجنين فان كان فم الرحم مفتوحاً وكانت المشيمة معلقة قد التفت وصارت مثل السكرة في جانب الرحم فخرجها سهل وينبغي ان تمسح اليد اليسرى وتدهن وتدخل في العمق وتفتش بها حتى توجد فان كانت لاصقة في عنق الرحم فيجب ان لا تجذب على الحذا لاننا نخاف انقلاب الرحم (٣) وقال عن المشيمة في باب عسر الولادة ما نصه • (عسر الولادة اما ان يكون بسبب املي او بسبب الجنين او بسبب الرحم او بسبب المشيمة او بسبب المجاورات والمشاركات او بسبب وقت الولادة او بسبب القابلية او بالاسباب بادية) • وابن سينا قد توفي عام ٤٢٨ هجرية فجاء من بعده صاحب كتاب الكامل في الصناعة الطبية لابي العباس المعروف بالهوس فذكر في الباب التاسع عشر من الجزء الثاني لتدبير الحوامل ما نصه: (واذا ولدت وبقيت

المشيمة فينبغي ان تعطس المرأة بادخال فتيلة من قرطاس في الانف اوبالكندس فان سقطت والا فاطبخ الابهل على الحلبة واسقيها ٠

(٤) - ثم ذكر صاحب كتاب (شفاء الاسقام ودواء الالام) لصاحبه رئيس الاطباء في المارستان المنصوري في القاهرة (خضر بن الخطاب المنوفي سنة ٨٠٠) في بحث تشريح الرحم ما يأتي :

(والجنين تحيط به اغشية ثلاثة) احدھا (المشيمة) (وهو الغشاء الاول) و (الثاني الذي ينصب اليه بول الجنين) و (الثالث الذي هو مفيض العرق) ولم يحتج الى وعاء اخر لفصل البراز اذا كان ما يقتضى به رقيقا لا صلابة له ولا ثقلية وانما ينفصل عنه مائة بول او عرق تام ٠ وبلي الخارج الغشاء الثاني وينفذ اليه من السرة مصب البول ليس من الاحليل لان مجرى الاحليل ضيق ٠ والمشيمة ذات صفاقين رقيقين ينتسج فيما بينهما عروقه المبادية ضواربها الى عروقهن وسواكنها الى عروقهن والطبقة الظاهرة اقرب الى العصب وكل من الطبقتين ينقبض وينبسط ورقبة لفظلة اللحم وهو لحم ممزوج بالغضروف فهو اصلب من سائر اللحوم) انتهى ٠

(٥) - وذكر صاحب كتاب اللوحة العفيفية لمؤلفه سنة ٩٣٣ هجرية في تدبير النفاس (واما اذا احتبست المشيمة فينبغي ان تدهن القابلة يدها بالدهن وتدخل وتلزم المشيمة بها الى ما فوق بالرفق حتى تبرئها ثم تأخذها بلا عنف فان لم تنجذب وصعب عليها اخذها فتخرج بالادوية المسقطة للجنين) انتهى (٦) - وجاء في كتاب الموجز للإمام علاء الدين بن ابي الحزم المخطوط سنة ٨٠٨ هجرية في اسباب سقوط الجنين قوله (لان تعلق الجنين انما هو بالمشيمة

وتعلقها بأفواه العروق التي تسمى (نقر الدم villus) اذ منها يأتي الغذاء الى الجنين فاذا كانت تلك النقر مملوءة من الرطوبة لم يمكن ان تثبت بها المشيمة بل تنزلق عنها وتندفع الا في اول الرحم)

وقال الطبيب شافي زاده في كتابه مرآة الابدان في تشريح اعضاء الانسان المطبوع في الاستانة سنة ١٢٣١ (للجنين غلافان يسميان في اللسان اللاتيني . خور يون ، وامنيوس) وفي اللسان العربي (السلا) على الاطلاق . اما الخور يون فهو غلاف كثيف واسفنجي كثير اوعية الدم وقد سماه العرب اللغافي وهو خارج السلى والامنيوس هو غشاء ثاني يطن اللغافي ويكون رقيقاً شفافاً ملاصقاً للخوريون ومتصلاً به . ويحيط بالرطوبة المائية التي يسبح فيها الجنين . والمشيمة تسمى بالخلاص تتركب من اوعية دموية لا اعداد لها ونسجها وعائي وشكلها كروي يلاصق قعر الرحم) انتهى .

(٣) - فيتين من هذه الاقوال ان العرب استعملوا لفظة المشيمة للغشاء الثالث المستدير ذي الاوعية الملتصق بقعر الرحم اي البلاستة منذ تسعة قرون ولا تزال كافة الناس تستعملها الى اليوم . فهل يعترف الاب المحترم ان اطباء العرب لم يقصدوا في قولهم المشيمة ما ادعاه حضرته (هو ما يخرج مع الولد من الاقدار) بل قصدوا ذلك الشيء المستدير المسى (البلاستة) اي الكعكة كما ذكرت (دائرة المعارف البريطانية)

لقد نقلت ما وجدته في الكتب الطبية فان لم يطلع عليها الاب او اطلع ولا يريد ان يقتنع بها فعذري انه حريص لا يقتنع شي .

(٤) - ما قاله علماء اللغة العربية عن المشيمة والسخد والسلى والسايباء :

السلي - قيل عنها جلدة رقيقة يكون فيها الولد وجمعها اسلاء « من كتاب المخصص » . وقيل انها (المشيمة) عن ابن دريد وخص الاصمعي السلا بالماشية والمشيمة بالناس وانفق الجوهرى والازهرى على انها خاصة بالمواشي والمشيمة خاصة بالناس . وقالوا ان انقطع السلي في البطن وخرج سلمت الناقة والولد . اذا السلي يفيد معنى الحور يون والامينون سواء . او هو المشيمة في الحيوانات

السخذ - تضاربت فيه اقوال ائمة اللغة فابو عبيدة وغيره قال ان السند معناه (الماء الثخين الذي يخرج مع الولد ومنه قيل رجل مسخذ اذا كان ثقيلاً من المرض) عن المخصص

وقال ابو عمر السخذ او الصخذ للماشية . وجاء في المخصص (انها هنة كالطحال او الكبد مجتمعة تكون في السلي ربما لعب بها الصبيان . وهذا المعنى كما يظهر حمل سيدنا الالب على اطلاق السخذ بدل المشيمة . في حين ان السلي للماشية وانه جلدة رقيقة وان الهنة التي تكون في السلي معناها شيء حقيق ربما من الشحم لان سلى الغنم فيها عقد غددية مدورة كثيرة العدد يجوز ان يلعب فيها الاولاد ولهذا قال التي تكون في السلي ولم يقل في الانسان فهل من المنطق اطلاقها على ما سميناه مشيمة وعلماء اللغة خصصوا المشيمة للناس . ولو عرف حضرة التشریح النقابى في الحيوانات لما ادر كنه هذه الهفة . جاء في لسان العرب ان السخذ هو دم وماء في الساياء . وهو السلي - الذي يكون فيه الولد اي الجلد الرقيق . وقال ابن احرر السخذ الماء الذي يكون على رأس الولد وقال ابن سيده السخذ ماء اصفر ثخين يخرج مع الولد وقيل هو ماء يخرج مع المشيمة

ومنه قيل رجل سخند مورم معفر ثقيل من مرض او غيره لان السخند ماء ثخين يخرج مع الولد وفي حديث زيد بن ثابت كان النبي يحيي ليلة ١٧ من رمضان فيصبح وكان السخند على وجهه وهو الماء الغليظ الذي يخرج مع الولد ومثله في تاج العروس عن ابن سيده . فيتضح ان الرأي السائد المجمع عليه بين علماء اللغة هو ان السخند ماء اصفر ثخين لا يكون للانسان خاصة بل وللحيوان يخرج معه عند الولادة فاذا يجب ان نطلقه على ماء الامنيوس لا سواه

المشيمة - ذكر الاصمعي انها بالانسان خاصة كالسلي للحيوان . وقال في القاموس انها محل الولد وجمعها مشيم ومشائم . وخصصها بالناس ابن سيده والازهري والجوهري وتبعه صاحب التاج ولم يقل احد بانها ما يخرج مع الولد من القاذورات والاوساخ ولا وصفوها بانها ماء ثخين اصفر . ولا بانها جلدة رقيقة بل هي محل الولد لذا استعملها اطباء العرب كافة بمعنى البلاسته ولم يستعملوا السخند اصلا

السايا - قال مختار الصحاح السايا هي التاج . وجاء في المخصص انها الماء الذي يكون على رأس الولد وجاء في القاموس هي المشيمة التي تخرج مع الولد وجلدة رقيقة على انفه ان لم تكشف عند الولادة مات . وذكر الزمخشري في اساس البلاغة بانها الجلدة التي يخرج فيها الولد

(٥) - الخلاصة - ان العرب لم يعرفوا في جاهليتهم تشريح الاجنة ولم يظهر امام اعينهم عند الذبح للحيوانات او الولادة الا ثلاثة امور شي مستدير وماء ثخين اصفر ، وجلدة رقيقة وجل متصل بين الشي المستدير وبين الجنين

فاختلفوا بتسميتها حسب اقسامهم الى قبائل وحسب اقسام الحيوانات فبعضهم سمي الشيء المستدير (مشيمة) وخصه للانسان وسماه بعضهم (سلكى) وخصه للحيوانات وقد جاء في الحديث من ان بعض المشركين جاؤا بسلى الجذور فطرحوه على النبي وهو يصلي قيل في تفسيره السلى الجلد الرقيق الذي يخرج فيه الولد من بطن امه ملفوفاً فيه . وقيل وهو في الماشية السلى وفي الناس المشيمة والاول اشبه لان المشيمة تخرج بعد الولد ولا يكون فيها حين يخرج . انتهى من لسان العرب . لابي منظور الافريقي المتوفى سنة ٧١٦ هـ ومثله في النهاية لابن الاثير . وقال في لسان العرب نقلاً عن ابي زيد ان السلا لفافة الولد من الدواب والابل وهو من الناس المشيمة وسموا الماء الاصفر الثخين اي ماء الامنيوس (السخذ) وهذا متفق عليه . وسموا الجلدة الرقيقة التي تنشق عن الولد ساعة خروجه (السايا) وهي الامنيوس . والخوريون الذي لا يوجد بعد الثلاثة اشهر من الحمل لانه ينعدم ونشأ عنه البلاستة فقد سماه اطباء العرب (اللافي) لمشايمته اللفايف

٦ - لماذا سمي اطباء العرب الخوروييد بالمشيمة .

نجيب عن سبب تسميتهم الطبقة الثانية للعين بالمشيمية مع انها الخوروييد اي الشبيهة بالخوريون بان اليونان الاقدمين اطلقوا عليها هذا الاسم لمشايمتها للخوريون قبل ان يتحول الى البلاستة فلما جاء اطباء العرب وارادوا ترجمتها لم يقولوا شبه (اللافي) بل قالوا المشيمية بالنسبة والمشيمة اصلها من الخوريون فاكثفوا بالنسبة لمشايمتها لها في الاصل وان لم تكن هي الخوريون بعينه . ومع ذلك فلا يشوش علينا استعمالنا المشيمية للخوروييد لانه لا يوجد في مسيات الطبابة تعابير اخرى غير خوريون وخوروييد وخوروييدتس اي التهاب المشيمية

٧ - اما الجواب عن قوله لا معنى لهذه المجادلة الفارغة فان المحققين قد فرغوا من هذا الامر ولا فائدة من العودة اليه فنتركه للقارئ الكريم بعد ان يقرأ ما حققناه ونقلناه . الا اننا نقول اذا كان حضرته عني بالمحققين (دوزي) وهو رجل غربي فدوزي ليس حجة ولا ثقة في كلام العرب

٨ - وفي الختام اذكر حضرة الاب بان تخبر بجه كلمة السخند^{٩٦} وجعلها بمحولة من الشهد لم تذكره كتب الائمة الثقات واللغويين الاثبات مثل ابن منظور صاحب اللسان والجوهري مؤلف الصحاح والفيروز ابادي صاحب القاموس ، والزيد شارحه وابن سيده صاحب الخصاص والمخشي رب الاساس . ولو اردنا ان نسلم بما قاله لخلقنا لابناء المضاد لثة لا تليق الا برجال الاحلام وعندئذ نعود الى تفسير رموزها ومعانيها لمذهب (فرويد)

الدكتور

عبد الرحمن البكباكي



مقتضبات عما يقال ويعمل

في سريريّات حنا لويس فور (J. L. Faure)

« ٦ »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر وشوكة موفق الشطي

(protéino-thérapie) بالمعالجة بالبيولين

مستعملة اليوم ايضاً • ان لبن البقرة آحين اجنبي يسهل الحصول عليه : فبعد ان ينقم بالحجم (autoclave) بالدرجة ١١٠ يحقن الوجه الوحشي للفتخ باربعة او خمسة مم^٢ منه وتكرر الحقنة كل ثلاثة ايام • فتد او الحرارة الى ٣٨ - ٣٩ • ويخفف الالم التالي للحقن كلما تكررت الحقن •

(auto hémo thérapie) الاستدماء الذاتي

قد اتى في بعض الاوقات بفوائد تذكر • يمزج في قارورة صغيرة .منقعة ٢٠مم^٢ من ماء مقطر معقم وعشرة سم^٣ من دم المريض فينخل الدم وتترك الكريات الحمراء موادها الاحينية فيحقن من هذا المزيج في المرة الاولى بعشرة سم^٢ والحقنة مؤلمة لان المحلول ليس متعادلا التوتر (isotonique) ويجوز ان يضاف قليل من النوفوكائين الى المحلول تخفيفا للالم ويحقن بعد ٣ ساعات بعشرة سم^٢ اخرى •
ان جميع هذه الطرق تطفئ الآلام غير انها فلما تؤدى الى شفاء الالتهاب لانه يسير سيره المادي •

ومنى استعمل اللقاح في التوبة الاولى كان فعله في التوبة الثانية اخف
اما الاستطبابات الجراحية فيبنى على سيرة الالة ففى مرت الى الازمان او نكست او
ظهر فلغمون في الرباط الغريض او التهاب الخلب الحوضي ومنى كان شفاء الالة متعظرا
بالمعالجة الدوائية كما في التعينات الناجمة من المكورات العقدية ومنى التهاب الدليل الدودي
كانت العمالية الجراحية واجبة

المعالجة الجراحية : منها عمليات جزئية ومنها عمليات تتأصل بها الاعضاء التناسلية
جميعها •

اما العمليات القسمية : فلا يشار بها الا متى ثبت لنا في اثناء العملية ان الجهة الثابتة صليجة كل السلالة . وكثيراً ما يظهر المبيض سليماً حتى اذا شق يظهر انه متقيح . فاذا تركنا التهاب النفير وان خفيفاً ولم نستأصله تنبه الالتهاب بعد العملية وكانت نواحيها مزعجة للغاية

استئصال الرحم الناقص : هو اقل خطراً من استئصالها التام وهو الذي يشير به حنا لويس فور فان قطع الزلف فيه سهل والتهاب النسيج الحوضي قليل الوقوع لاننا بتركنا العنق في مكانه لا نسلخ النسيج الخلوي الذي يصله بالثانة والباطن العريضين والمحدور الذي يخشى وقوعه هو ان هذا العنق الذي تركناه قد يصاب بالسرطان وهذا العارض نادر يسهل تخاشيه بتفريغ العنق اي بنزع غشائه المخاطي حتى المهبل والمحدور الذي نخشاه في هذا التفرغ هو الزلف

فتنقيه بلصق عضد العنق الخلفي بعضده الامامي بعد تقربه وذلك بصنع غرز على شكل حرف U تعقد في الوراء حذاء الرقب الخلفي اما الطرق المستعملة في استئصال الرحم فجميعها حسنة متى كانت الحادثة سهلة

طريقة الافتلاع الخلفي : هي طريقة فيها بعض الباقية غير انها قليلة الاستعمال محاذيرها اولاً انه متى شق الرقب المثاني الرحمي يصل الجراح الى بيئة عفنة . ثانياً ان شرايين الرحم التي شدت لا تزف فلا تستطاع معرفتها التربط

طريقة كلي (Kelly) (الطريقة الاميركية) هي اكثر الطرق استعمالاً يصنع شق معترض في الجهة السليمة او المصابة اصابة خفيفة اولاً فيهن بهذه الطريقة استئصال الجهة المريضة الكثيرة الالتصاق . ومتى مر الجراح في الاسفل والانسي والامام وجد السطح الذي يسهل تسليخه فاتبعه تاركاً الزمن العفن الى النهاية

الشق الصفني (hémisection) تستعمل هذه الطريقة متى كانت الملحقات ملتصقة

في الجانبين بالحوض والرحم معاً . وقد اوجدها حنا لويس فور وهي جميلة للغاية متى كان المرور في الرحمين والسنار مستحيلاً وطريقتهما ان نيز في الوسط بشق الرحم على الخط المتوسط ويجب قبل كل شيء ان يوجدها قعر الرحم وان يكوى الغشاء المخاطي بالمسكوة النارية تحفيقاً للغضونة .

اما الطريقة الاخرى فيندر استعمالها .

الاقتلاع الامامي: يجرى متى كان الاقتلاع في وراء مستصعبا لان الرحم منقلبة الى الورا
الشق الصفي الرابع (*hémisection retrograde*) وطريقته ان نشق على الخط
الصفى مبتدئين عند العنق حتى القعر . فيسهل بعدئذ استخراج كل قطعة مع ملحقاتها
ان هاتين العمليتين توءديان بعض الخدم متى صعب اجراء العملية بالطرق العادية
يجب ان يفتش اولا عن قعر الرحم في الحالات الصعبة والا وقع الجراح في ورطة
لا يبعد مخرجا منها

التهاب الخلب الحوضي المتقيح (*pelvi peritonite suppurée*) يفضي الى تكوين
خراج في رتج دوغلاس . وخير ما يجرى في هذه الحالة خزع رتج المهبل (*colpotomie*)
والسرعة مضره في هذه الحالة والانتظار بشا يكون الصديد قد اجتمع جيدا خيرا منها، ويستحسن
بزل دوغلاس بولا استقصائيا قبل العملية

(يلتبس التشخيص بالجل خارج الرحم متى لم يشهد الطبيب الدور الاول الحاد الذي
يبدو فيه نزدي دموي خاص)

ولا يجوز ان يبدأ الجراح بخزع رتج المهبل دون ان يكون قد اعد العدة لاستئصال الرحم
وذلك متى طرأت الانزفة

وخزع رتج المهبل منه ما هو سهل ومنه ما هو صعب فقد يكون رتج دوغلاس فارغا وتكون
الملحقات المتقيحة اعلى منه وفي الجانبين فيجب ان يفتش عن الجيب بالاصبع او بمناقش طويل
(*clamp*) وحذار من جرح المر الدقيق او المستقيم . وليراقب التحفيض لا اقل من ١٥
يوما ويجوز ان تنهض المريضة من فراشها واحفوضها فيها
ومن الحالات ما تبقى الحصى عالية فيه على الرغم من خزع رتج المهبل فيستدعي استئصال
الرحم بطريق المهبل

فالغمون الرباط العريض: يتكون في جانب الحوض في القسم الواقع بين الخلب ورافعة
الشرج ويعلو حتى الحفرة الحرقفية ويحدث تعجنا فوق القوس الفخذية . فيشق كما في
ربط الشريان الحرقفي الباطن ويقتلع الخلب ما امكن و ينتج الخراج في الحفرة الحرقفية دون ان
يفتح الخلب ولا يوضع احفوض عميق تحاشيا للاوعية الحرقفية ولا يترك الاحفوض اكثرا

من ٤٨ ساعة حذراً من وقوع التقرح الناشئ من الملامسة . بل يقصر تقصيراً تدريجياً حتى اليوم الخامس .

وربما كان في الحوض جيب ثان يجبان يسار اليه بطريق دوغلاس (خزعة رتج المهبل) متى بقيت الحمى مرتفعة والخراج لا يتصفى تصفياً حسناً . ويجبان يشق دائماً على الخط المتوسط ولو كان المجمع في الجانبين وتكون هذه الفلغونات في جانب واحد او في الجانبين معاً .

التهاب الملحقات السلي : أكثر وقوعاً مما يذكر المؤلفون بمعدل ١٢ بالمائة وهو سل ينحصر في الملحقات .

رأينا ان التربص جائز في التهاب الملحقات العادي أما في التهاب السلي فالامراع في العملية الجراحية واجب لان هذا السل هو نموذج للسل الجراحي الذي تشفيه العملية الجراحية متى بكر في اجرائها

اما الاعراض المميزة لالتهاب الملحقات السلي عن الالتهاب العادي فهي :
١ - سير هذا الالتهاب سيراً شاذاً ومستعصياً على الرغم من المعالجة : الراحة في الفراش الثلج . تعالوه الحرارة فجأة الى ٣٨-٣٩ دون سبب ظاهر وفي غير ازمنا الطمث تم تسقط في اليوم التالي

٢ - الثلج لا يحسن الحالة بل الحرارة تحسنها

٣ - متى تكون الخراج في دوغلاس فلا يحسنه خزعة رتج المهبل ، بل يستمر التقيح الطمث متشوش الكمية فهو يقل او ينقطع

تباين بين الاعراض الموضعية الكبيرة الاهمية والعلامات الطبيعية الخفيفة لان الملحقات تكون ورماً جسيماً للغاية يجس احياناً دون ان يكون مؤلماً وهو ورم صلب غير منتظم مزدوج الاعراض العامة : هي اعراض التسمم بالسل هزال متداد لا يعالجه سبب ظاهر فائقة دم ، عرق في الليل ، سوابق سلبية

او تكون الملحقات اوراماً صغيرة مع حرارة عالية تتموج تموجات كبيرة مساءً يبدون انتظاماً .

... خفة التوتر الشرياني ، هجمات التهاب الامعاء الدالة على ان الامعاء قد اشتربت
إشترت كما خفياً ، جين .

يبقى التفاعل الجلدي وتفاعل بسر دكا سلبين ولعل احتداد فوعة العيصيات في بعض الانواع الحادة يكون شديداً حتي ان العضوية لا تقوى على عمل الايجاد . وفي سلبية هذا التفاعل ما فيه من الضرر لان الفائدة كل الفائدة في التشخيص الباكر . لكي يسرع في اجراء العملية الجراحية (استئصال الرحم القسبي) قبل ان تنتشر الافة الى الامعاء و يعود شفاؤها مستحيلا وان الالتصاقات التي تكون على الامعاء ليست التصاقات النهاية بل تنشأ من امتداد الافة السلية فتخترق الامعاء

ويطول زمن النقب أكثر مما هو عليه في التهاب المالحقات العادي وتكمل المعالجة الجراحية بالمعالجة العامة والاستئناس (héliothe rapie) وقد ينشر المريض من موت كان يتهدده . أما متى تأخرت العملية فإنها تعود خطرة . وهذه الحالات يصنع بها الشق النصفى « hémisection »)

* * *

العراقيل التالية للولادة

يجب ان يميز في حى النفاس التغير التالي للاسقاط عن التغير التالي للولادة والوقاية في هذه الحالات الدور العظيم لان اتقاء هذه العفوات خير من معالجتها فيجب لبس قفاز مطاط مقممة في اثناء التوليد وتقليل المس الاصبعي ما يمكن لان في المهبل جراثيم عديدة تخفي علينا فعمتها

ومتى ظهر التعفن يشير المولودون بالامتناع عن مس الرحم ما أمكن ويوضع الثلج على البطن وتقوى البولية لتحسن الدفع؛ ويضع خراج اصطلياني وكثيراً ما تقضي هذه العلاجات إلى جمع التعفن والشفاء

وأما في التعفن التالي الانبساط فالأمر يختلف. لأن الانسقاط قد يكون عفواً، ونسيباً من الزهري أو محدثاً، وإننا نرى دائماً نتيجة الانسقاط المحدث. ولا سيما المحدث. دون أن تدعى به شروط الطهارة. فإن التعفن فيه محقق

الكشط (curetage): يفيد فائدة كبيرة، حتى الحبست قطع من المشيمة (البلاستيكية) واكتفى سبب التعفن . غير انه لا بد من اجزاء العملية منذ البدء . ايجي . منذ بدء علائق التعفن: التوافض الحرارة، سوء الحالة العامة فيجب اذ ذاك الانسراع الى تخليص الرحم من محتوياته

البيضة المتعفنة ويجب ان يكون الكشط الاول والاخير على ان يجري حسناً لانه اذا احتيج الى كشط ثان كانت النتيجة سيئة

واذا لم يكن الاسقاط قد وقع وكانت علامات التعفن قد بدأت بالظهور يجب ان يسرع الى توسيع العنق واستخراج البيضة المتعفنة . ويشير المؤلفون بالكشط الاصبعي لانه لا يرض الرحم بشدة كما ترضها المجرفة المدببة . ان الاصبع اذا ادخلت بعد الاسقاط في جوف الرحم قد تشعر ببعض اجزاء المشيمة غير انه يتعذر عليها ان تقتلعها وتتفريجها لان الاصبع لا يتمكن من التحرك في هذه الرحم التي تضغطها

اجل يجب ان نكشط غير ان كسطرحم متفنة لا يشابه كسطرحم بعد الاسقاط لان الرحم تكون رخوة يسهل تمزقها اذن يجب ان يكون الكشط لطيفاً مصنوعاً حسب القاعدة كاملاً اي الا يترك القران وان تكون المجرفة كاللة ويحسن ان يمس جوف الرحم بعد الكشط بصبغة اليود او الفلورين . الكريوزوتي العشري

فاذا خرجت بعد الكشط قطع من الاغشية وهذا ما ينتظر لان الكشط قد اجري لهذه الغاية فالانتظار جائز لان التحسن يقع في اليوم التالي

وقد يعقري المريضة في مساء اليوم الذي كسطت به رحمها نافض وارتفاع حرارة وما ذلك الا لان المجرفة قد حركت الجراثيم وسهلت دخولها للعضوية ولكن هذه الحرارة ليست مما يبعث به اذا سقطت في مساء اليوم الثاني وزالت النوافض ولكن اذا استمرت الحرارة ٤٨ ساعة وساءت الحالة العامة وجب حينئذ استعمال الرحم لان الجراثيم تكون قد تجاوزت الغشاء المخاطي ويكون الكشط قد نبه فوعة الجراثيم فلم يستعمل الرحم بطريق المهبلي واجب غير ان الانتظار يوماً واحداً او يومين جائز واما اذا طال الانتظار حتى اليوم الرابع بعد الكشط فيكون الشفاء مستصعباً .

مضادات الاستطباب : لا يجوز الكشط متى انتهت الملحقات التهاباً حاداً بل يعالج هذا الالتهاب بالمعالجة العادية ويخرج رتب المهبلي اذا اقتضى الحال . وهذه العرقلة حسنة الظائع في الغالب لان النساء اللواتي تلهب ملحقتهن بعد اسقاط متعفن لا يمتن .

الوارض الممكنة الوقوع : هجمات التهاب الملحقات الحادة المرافقة معوارض نزف وهي نادرة . التهاب الزحيم : وقد يقع دون ان يمرض - في أثناء - توسيع العنق فيكون الانتفاخ مركزاً في قعر الرحم ٢ - حين الكشط فيقع جذاء قرن ويكون جانبياً . وهذه العارضة

خطرة تستدعي فتح البطن الاستقصائي فتضاط الرحم اذا امكن متى كان الانتقاب صغيراً
واما اذا كان متسماً والرحم رخوة نريضة التمزق فيفضل الاستئصال القسعي
ونذكر بين العراقيين التهاب اوردة الرحم فيعرف بتعجن مؤلم في الرحمين وبوأنض
متكررة شديدة وبسقوط الحرارة الفجائي والمخطاط الحالة العامة وهذه العرقلة خطيرة جداً
وقد اشار بعضهم بربط اوردة الرحم والمبيض تحاشياً للصدمات العفنة غير ان التشخيص
لا يزال دقيقاً وفتح البطن سبباً اذا كان التشخيص مغلوطاً
التهاب الخلب النفاسي : أكثر حدوثاً مما كان يظن غير ان تشخيصه صعب لانه لا
يتصف بصفات التهاب الخلب العادي

علاماته قليلة الوضوح : لا ألم ولا قي ولا تنقفع . بل بطن متبطل وتنفس خفيف
حاجزي ونبض سريع ضعيف ووجه منقبض ، وسوء الحالة العامة .
يجب في هذه الحالة ان يسرع الى المعالجة الجراحية بخزع رتج المهبل واذا مرت ٢٤ ساعة
ولم تتحسن الاعراض يجب استئصال الرحم بطريق المهبل واذا لم تجر هذه العملية كان
الموت محققاً وكثيراً ما لا تنجي العملية المريضة من الموت
التهاب الخلب التالي للاسقاط : هو عرقلة شديدة الخطر وكثيراً ما تكون مميتة متى لم
يشخص المرض في اليوم الاول .

ولا تفيد تحريات المخبر شيئاً في هذه الحالة ، فاستنبات الدم يكون دائماً ايجابياً في
اثناء النافض ولا يعني هذا ان معالجة الرحم لا تحسن حالة المريضة . ومتى استمر استنبات
الدم ايجابياً كانت الحادثة خطيرة وكانت النهاية سيئة .
ولكن هل تتمكن من معرفة الحادثة الخفيفة التي تنتهي بالشفاء متى عولجت معالجة دوائية
والحادثة المميتة اذا لم تعالج معالجة جراحية ؟

١ - عمر الحمل وحجم جوف الرحم : ان التعفن الذي يقع في الشهر الثاني اقل خطراً
من العفونة التي تقع في الثالث او الرابع او الخامس
٢ - مدة الحضانة : تكون العفونة اكثر خطراً كلما بكرت الاعراض العامة في الظهور
غير ان هذه القاعدة لا تخلو من الشذوذ .

٣ - ثانة رائحة المفزرات : متى اجتمعت المكورات العقدية والجراثيم اللاهوائية
كانت الحالة شديدة الخطر .

تكرر النوافض

اصراع النجض

اقتباس الوجه : ان لقاعدة في مريرات حنا لويس فورهى هذه : متى مر الاستاذ وقال ليس منظر هذه المرأة يحمل على الرضى كانت النتيجة ان العملية الجراحية واجبة ٤ - السهولة التي يتكون بها الصديد او صعوبة تكونه : تشل العفونة في بعض الاوقات قوة الدفاع في البنية وهذه الحادئات لامل في شفاؤها . فمتى كانت المقرزات غزيرة لم تكن الضرورة ماسة في اجراء العملية وكذلك الامر متى التبت الملتصقات وتوصلا الى معرفة الحالة يجرى اختبار الخراجة الاصطناعية . ولكن اذا كانت الحالة لا تسمح بذلك واطحرت المريضة ومتى لم يخرج الكشط شيئاً من الرحم تستأصل الرحم منذ البدء بطريق المهبل

طريقة الاجراء : ان استئصال الرحم المبلي اما ان يكون سهلاً للغاية او صعباً جداً لان السهولة او الصعوبة تعلمان بتحريك الرحم . والعملية في هذه الحالة اسهل مما يظن لان النسج رخوة . غير ان سهوله تفتت الرحم في بعض الحالات تؤدي الى تمزقها وتقع الجراح عن اخذها فيضطر الى استعمال مناقيش ذات طبق (مناقيش الاكياس) عوضاً عن مناقيش موزو

ومتى كان عنق الرحم شديد الالتصاق يصنع شق دائري بالقراض وتفرق المثانة في الامام والمستقيم في وراء الى خذاء المضيق ثم يبدأ بشق الجندار الامعاني على الخط المتوسط حسب طريقة (ذوين) والخطر هو المثانة في الامام (وعليه يجب وضع مسبار في المثانة واستعمال مصراع طويل) والحاليان في الجانبين تساق الاصبع وراء الرباط العريض قبل وضع المناقش ملائماً للعنق . ولا محذور في ابقاء قطعة من النسيج او المبيض بل الامر المهم يقوم بوضع المناقش جيداً . ويترك حنا لويس فور المناقش مكائهم ولا يربطه بعد القطع والذر من قرص المناقش للمعنى . ويجب ان يدك المهبل وتربط المناقش بالفرج وتوضع وسادة تحت عجز المريضة لتعوق فلا تلامس المناقش السرة . غشج انه يجتنب ان تجعل المريضة في وضعية نطع الجالوسين لكي يسهل الصلب المقرزات وتترك المناقش ٤٨ ساعة ويفضل ان تترك اكثر من ذلك . وتزرع القطيعة الملوكة

في اليوم الرابع و يوضع مسبار في المثانة و يعتنى بالمعالجة الدوائية (مصل الخ)
 و اذا استرخى مناقش فظهر النزف صعب تلافي الامر و وجب التروي في إيقافه
 يوضع مصراع و يفتش عن الذنب و يؤخذ جيداً و اذا صعب الامر فتح البطن و ربط وربما
 ظلت الحرارة مرتفعة ١٠ ١٢ يوماً بعض الارتفاع مسببة من موات محيط المهبـل
 الزحـي المدارية (mole hydatiforme)

تتصف بنزوف متكررة و كبر حجم البطن كبراً لا يناسب عمر الحبل ، يجب
 متى شئخص المرض افراغ جوف الرحم و كشطه ، غير ان مراقبة المريضة عن كسب
 امر واجب واستئصال الرحم ضروري اذا عاد النزف الى الظهور لان الرحم قد تنقلب
 سرطاناً خبيثاً و تحدث اوراماً انتقالية عديدة

آفات اخرى : نذكر منها بقايا مشيمة صغيرة تتعضى و تكون مرجلاب مشيمية
 وهي اورام سليمة ، تبقى الرحم كبيرة و تنزف المريضة نزفاً غزيراً في اوانات الطمث الى
 ان ينقطع المرحل .
 المعالجة : الشكط

اورام الرحم الليفية (Fibromes utérins)

ان قضية معالجة الاورام الليفية من الامور التي اشتد الحوار حولها ولا يزال العلماء حتى يومنا
 يعالجون هذا الموضوع من اونة لاخرى غير ان التشخيص الاكيد امر واجب لانه كان
 يكتفى سابقاً بتقرير العملية الجراحية او منعها اما اليوم فليست الجراحة المعالجة الوحيدة
 بل نرى معالجة ثانية تنازعها السيطرة الامر الذي يدعو الطبيب الى ضرورة الاسراع
 في وضع التشخيص

تشخيص الورم الليفي عن اورام الرحم الاخرى : يتصف الورم الليفي بعرض اساسي وهو
 غزارة الطمث (الطمث النزفي)

ويتناز النزف الناجم من الورم الليفي بوقوعه في اثناء الطمث و بغيابه في الفترة
 الواقعة بين طمثين ترفين

اما الاورام الرحمية الاخرى فانها تنزف نزفاً مستمراً مع قولنج رحمي سببه القاء الخثر
 الدموية من الرحم

سيلان الماء (hydorrhée) عرض هام ولكنه نادر الوقوع يفرز الغشاء المخاطي هذا السائل في الليل فيتراكم في جوف الرحم و يفرغ في الصباح حين بقطة المريضة .
عدم الوجع (indolence) : عرض مهم جداً . ان ضغط الورم الليفي العادي لا يحدث الماء

الصلابة : هي متفاوتة الدرجات وهذا ما يجعل التشخيص صعباً فمن الاورام الليفية ما هو مرن ومنها ما هو ودي او رخو او متوتر حتى يتخيل انه كيس . ومنها ما هو شديد الصلابة حتى يتخيل انه ورم صلب في المبيض (الاورام الليفية الطباشيرية (fibromes cretacés)
مقاييس جوف الرحم : قد تزداد في الورم الليفي الخلالي قتيلاً ١٥ سنتيمتراً :
اما الاورام المذنبة فلا يزداد فيها قياس جوف الرحم

وربما استقرت الاورام الليفية في باطن الرحم : كالمرجلات (بوليب) وهي صعبة التشخيص او كالمحرم المتليفة دون ان يكون ورم ليفي فيها
ومنى تأملت المرأة المصابة بورم ليفي كان ذلك دليلاً على ان ورمها قد تعرقل

والعراقل انواع : غير ان التهاب الملحقات اكثرها وقوعاً لان المصابات بالاورام الليفية يكن قد أصبن بالتهاب الرحم .

ولا يجوز استعمال المداواة الشعاعية متى كانت الملحقات ملتهبة
وقد تشاهد اعراض انضغاط : وهي نادرة فتظهر اضطرابات المثانة دون ان تكون نسبة بينها وبين حجم الورم . وقد تندوب بعض الاورام في الجدار الامامي فتخرش المثانة فتغزى آلياً : التهابات المثانة الكاذبة . وقد يحتبس البول في الاورام الليفية الخلقية لان الرحم التي تنحرف الى الوراء تجذب المثانة الى العالي فيطول الاحليل والفثرة واجبة في مثل هذه الاحوال .

وينجم من انضغاط الاوردة دوالي ووذمة في الطرفين السفليين وهذا نادر ومتى نما الورم الليفي بعد سن اليأس كان نموه دليلاً على وجود امر آخر وكان التوسط الجراحي خيراً ما يصنع

ويجب التفكير في الاورام الليفية المصابة بالموت متى ظهر مع الام الحداث بالمس او عنواً مع نوب اشتدادية (كما في التهاب الزائدة) ازدياد حجم الورم . ازدياداً فجائياً وارتفعت الحرارة وساءت الحالة العامة .

والامراع في وضع التشخيص امر مهم جداً لان الطريقة الوحيدة هي المعالجة الجراحية .

وكيفناك الامر في الانفتال (torsion) الذي يتصف بنوب الام ، وثبوت الورم .

وصفوة بالقول ان الاورام الليفية الصرفة نادرة ومتى تعزل الورم يعرفه مهما كانت نوعها كانت التوسطات الجراحية افضل الطرق الدوائية ويجوز ان تداءى الاورام البسيطة بالاشعة X (او الراديوم) او بالطرق الجراحية ولكي تختار احد الامر ين يجب ان نلاحظ الاجوال الاتية :

أ — سن المرضية

١ — بعد سن اليأس : يجب استئصال الورم ، في اخذ بالنمو واصبح مؤلماً وبدأت الرحم تفرز مفرزات مرضية

٢ — يرجع اجراء العملية اذا كانت المصابة فتية عمرها بين ٢٠ — ٢٥ سنة (والاورام الليفية نادرة في هذه السن) وذلك لان

أ — هذا الورم متى كبر ورافقه حتى يؤتف توتراً غزيراً يخشى تجوله الي ورم ليفي

ب — الاورام الليفية في الفتيات يخاطبها الاثنان اكبر مما يخاطب اورام المسنات

ج — اما قطع الورم الليفي وجده دون استئصال الرحم . فلا يزال قليل الاستعمال

مهما شاهد المؤلفون في ذكر منافعه .

٣ — اذا كان سن المصابة قريباً من سن اليأس ٤٠ : ٤٨ سنة . يرجح الاستئصال

باشعة X فيسرع ذلك الفسى (انقطاع الطمث)

٤ — اذا كانت سن المصابة بين ٣٠ — ٤٠ : كان لها الخيار بان تختار المضم او

اشعة X والراديوم هذا في الاورام الليفية السليمة

ب — الحرارة : ترتفع حرارة بعض المصابات في كل مساء الى ٣٨ دون ان يشعرن

بها وسبب ذلك موات الورم الليفي فاستئصاله واجب في هذه الحالة

الالم : لا يؤلم الورم الليفي العرف حين الضغط فاذا صاحبه ألم وكان مقره في

احد الجانبين دل على التهاب الحلققات .

واذا كان مقره في الرحم دل على استئصال الورم

استمرار سيلان الدم يدل على وجود علة اخرى : مبرجلات تحت الحطاط او اصطحاب الورم الليفي لسرطان .

ج - حالة الورم الليفي التشريحية ، شكله ، مناسباته

١ - - تعالج الاورام الليفيه المتوسطة الحجم المدورة الرخوة النازفة بالاستئصال باشعة X على ان يسهل توسيع عنق الرحم اذا اريد استعمال الراديوم اما اذا كان التوسيع صعباً ويستدعي تطبيق اشنيات من شأنها احداث الثعن فالراديوم مقرر وقد تنجم منه عوارض خطيرة . ويفضل الاستئصال باشعة X اذا كانت الفتحة صعبة . وقد تزيل اشعة الراديوم الورم الليفي . اما اشعة X فتتقص حجمه حتى الثلث ولا تقوى على ازالته .

واذا ظلت الاعراض الناجمة من الانضغاط بعد استعمال اشعة X بفضل الاتجاه الى البضع الاورام الليفيه الجسيمة الحجم : تصبح هذه الاورام بعد الاستئصال باشعة X قاسية موملة حين النهز والارتجاج تفضل الطرق الجراحية في مداواتها

ج - الاورام الليفيه المتشعبة التي لا انتظام لها : تقادم اشعة X والراديوم مقاومة شديدة

د - الاورام المذنبية : تفضل الجراحة في معالجتها وعمليتها سهلة واما اذا تركت وشأنها فقد تنتقل وليس للمعالجة الاستئصالية فيها من فائدة

هـ - الاورام الليفيه المتكلسة شديدة التساوة تعالج جراحياً

و - الاورام الليفيه مع اضطرابات ناجمة من الانضغاط : قد يتحسن بعضها بالاستئصال باشعة X والراديوم وينصح حنا لويس فور في مثل هذه الحالة باجراء العملية ومتى شك في الامر رجحت طريقة المعالجة الجراحية

وقد لا تنصف بعض الاورام الليفيه باي اضطراب فتترك وشأنها بدون معالجة وقد اختلف في امر المداواة الاستئصالية ومها قيل فيها فان المداواة باشعة الراديوم اكثر فائدة من المعالجة بالاشعة المجهولة

و يعتقد فور ان فائدة اشعة الراديوم في الاورام الليفيه اعظم من فائدة اشعة X لان الراديوم لا يفعل في المبيض فحسب ويحدث الضىء بل في النسيج المتليف ايضاً فيكون قد افاد في الامر من ميثاق في المبيض والرحم

فورونوف في المعهد الطبي

لا حاجة على ما ارى الى تعريف فورونوف وهو الذي طبقت ابحاثه واختباراته الخافقين بيم هذا العلامة دمشق بعد ان جال جولة بعيدة في الجزائر مختبراً ومبيناً للملا فائدة طريقته التي اوجدها في تطعيم الحيوانات وقداختار المعهد الطبي ليجري فيه عملياته في تطعيم الغنم فما كان اليوم السادس والعشرون من آذار المنصرم حتى اقبل فورونوف يتبعه رهط كبير من اطباء دمشق وكبار رجال الحكومة المنتدبة فاستقبلهم رئيس المعهد واساتذته بالترحاب وما ان استقر بهم المقام حتى نهض فورونوف ووصف ووصفاً موجزاً طريقة عملياته حسبما عرفها القراء من المقالات التي نشرناها على صفحات هذه المجلة (١) ثم اختار رأسين من الغنم عمر احدهما سنة والثاني ثلاث سنوات فاستل احدي خصيتي الثاني وقطع منها الطعوم الاربعة وطعم بها الاول وانا نضرب صفحاً عن اعادة ما قاله في وصف طريقته الجراحية عن الغنم لانها شبيهة كل الشبه بالطريقة التي تجرى على الانسان ولان العلامة فورونوف لم يكتف بافادة اطباء دمشق واجراء هذه العملية امامهم مبيناً لهم سهولتها بل اراد ان تعم فائدة ابحاثه الشعب ايضاً فاختار اليوم السابع والعشرين من آذار الساعة التاسعة مساءً لاجتماع محاضرة بين فيها طريقته والفوائد التي جناها منها حتى الان . وقد كنا نود لو ان المجال ينفسح لنا لنشر هذه المحاضرة المفيدة غير اننا نرسل من يهجه الاطلاع على ابحاث هذا العلامة الى مؤلفه المفيد المسمى اكتساب الحياة

(conquête de la vie) ففيه يقرأ كل ما جاء عليه المحاضر في محاضراته . غير ان ايراد لمحة موجزة عنها تفيد القراء الكرام بعض الفائدة فكر فورونوف في سبب الشيخوخة فنسبه الى نضوب مفرزات الغدد الداخلية الافراغ واجرى اختبارات حمة اوضح بها تأثير كل غدة من الغدد في الانسان متى غزرا فرازاها او متى قلّ وقد تبين له ان الخصية تلعب بمفرزها الداخلي الدور المتغلب في حفظ نشاط الحياة فعنّ له ان يعطي الشيخ ما افقدته اياه السنون اي ان يطعمه بخصية شاب قد بلغ سن المراهقة غير ان القوانين الاجتماعية لا تجيز مثل هذا العمل فقاده اخيراً بمحثة الى القرد وهو اقرب الحيوانات شبيهاً بالانسان بتركيب جسده وشكل كريات دمه فطعم الانسان الشيخ بخصية القرد وكان من اختبارات ما كان مما قام له العالم الطبي وقعد وهب لطريقته مناصرون ومنكرون غير ان الحقيقة لم تلبث ان سادت ولم يطل الوقت على طريقة فورونوف حتى ثبتت فائدها وتبين ان الحية التي كانت تصادف بعض من اجرها كان سببها موات الطعوم ونقص في العملية الجراحية . وقد تطرق في ابجائه الى المرأة ايضاً فاقربّ بانه لاقى صعوبة شديدة في ايجاد المحل اللائق بالتطعيم لانه يعتقد واعتقاده صحيح ان الغدة المطعم بها يجب ان تكون في المكان الذي اوجدتها فيه الطبيعة وهذا ما حداه الى وضع طعوم الخصي في الصفن حيث الخصية في الذكر اما في النساء فلا يخلو الامر من الصعوبة لان وضع المبيض يستدعي فتح البطن وفي هذا ما فيه من الخطر ولهذا وجد فورونوف بعد التفكير ان يضع طعوم المبيض في الرباط المدور فيكون قد اقترب بعض الاقتراب من مجارة الطبيعة في عملها وابتعد عن عملية فتح البطن التي تهلك لها قلوب السيدات

ويظهر ان النتائج في النساء لم تكن باقل حسناً مما كانت عليه في الرجال وقد قال ان النساء اكثر حكمة من الرجال لانهن يسرعن الى الاستطعام ليحافظن على جمالهن ونضارتهن قبل ان يصلن الى السبعين اما الرجال فيتأخرون الى تلك السن وهذا ما يجعل العملية اكبر فائدة في المرأة وبعد ان فاز فورونوف في شوطه الاول اخذ يفكر ثانية في الحيوانات التي كان قد بدأ اختباراته بها قبل التوصل الى الانسان فقال اما الان وقد اعاد الطعم الشيخ الى صباه فما تراه يكون فعله لو طعم به فتى لم يبلغ بعد زمن المراهقة ؟ ان جسده ينمو ولا شك نمواً غريباً لان بنته تقبل حينئذ مفرزاً داخلياً لا امل لها بالحصول عليه قبل زمن معين من الحياة ولم يلبث ان هب الى اختبار فكرته هذه ولما كان المحال لا يتسع له في باريس سأل الحكومة الفرنسية ان تضع قطعاً من الغنم تحت تصرفه فلبت طلبه في الحال وسار الى الجزائر يجري اختباراته فاخذ يلقيع الخرفان في سنتها الاولى بخصى خرفان عمرها ثلاث سنوات فكان يسرع الطعم نموها فيكتنز لحمها ويطول صوفها وخضبتا خزوف واحد تكفي لتلقيح اثني عشر خروفاً ولا ينحصر فعل الطعم في الخرفان المطعمة فقط بل يتجاوزها الى نسلها ايضاً فينمو قوياً مكتنزاً طويلاً الصوف . ان هذه الطريقة سيكون لها معنى عم استعمالها شأن كبير في اقتصاديات البلدان التي تعنى بتربية الأغنام والابقار والخيول ايضاً

وقد ايد المحاضر كلاهما برسوم كبرها بالقانوس السعري فكانت محاضراته

جديدة الفائدة

« م . خ »

* * * *

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٢٨ م الموافق لذي القعدة سنة ١٣٤٦ هـ

الارصاد الباطنة

خراج الرئة المجهول المنشأ وشفائه بالامتن

للكيم ثرابو استاذ في المعهد الطبي العربي بدمشق وطبيب المستشفيات العسكرية
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

وصف بابونكس وموريس لافي في جلسة ١٣ آذار سنة ١٩٢٥ التي
عقدتها جمعية مستشفيات باريس الطبية خراج رئة لم يتمكن من اثبات منشأه
التحولي لان المعايينة التشريحية المرضية التي اجريت على القطع بعد الموت لم
تظهر المتحولات ولا اكياسها في الجدران المحددة للمجمع الصيدي وانا نرى
فائدة في ذكر مشاهدة شبيهة بها كان للامتن تأثير حسن فيها وان نكن مقتنعين
جد الاقتناع ان المتحولة ليست السبب في احداثها .
وهذه هي المشاهدة :

دخل المدعور المستشفى في ١١ آذار سنة ١٩٢٥ مكصاب بذات القصبات
وكانت حرارته ٤٠.٤ حين دخوله للمستشفى وضيق نفسه شديداً
وحالته العامة سيئة منع انه لم يكن يسمع بالاصغاء الاخراخر منتشرة في الرئة

وبعض خراخر في القاعدة اليسرى ولم يكن مرَّ على قدوم المريض من فرنسة أكثر من سبعة أيام .

وقد فهم من استفسار الجندي انه لم يمرض في سابق حياته الا ببعض التهابات القصبات التي كانت تعاوده في كل شتاء وانه لم يصب قط بأسهال .
وان والده وخته صحبحوا البنية وان اخاه مات صغير السن بالتهاب السحايا فاتجهت نظارنا بعد معرفة هذه السوابق الى سل جنبي رئوي حاد . وقد ظلت الحرارة مرتفعة اربعة ايام متوالية ثم هبطت الى ٣٨ وعادت الى الصعود في ١٨ آذار الى ٤٠ وظلت كذلك بضعة ايام
عويثت تفلاته مرتين فلم تظهر فيها عصيات كوخ ولكن المكورات العقدية كانت كثيرة فيها .

في ١٦ آذار سمعت بالاصغاء خراخر في القاعدة اليمنى وازدادت التفلات وعادت قيحية ثنته الرائحة . فعولج المريض حيثئذ معالجة مضادة للنفريضة بالمصل المضاد المتعدد القوى بكميات وافرة وبالمصل المضاد للمكورات العقدية فلم تجن من المعالجتين اقل فائدة لان الحرارة ظلت تتموج حول ٣٩ ومساءت الحالة العامة جداً وغزرت القشاعات عما كانت عليه وازدادت رائحتها ثناتة واصبح الموت على قاب قوسين من هذا المريض المسكين .

فأوحى اليها اليأس باستعمال الامتين فحقنا المريض به مبتدئين بثمانية سنتغرامات وقد كان مجموع ما حقننا به المريض ٤٤ سنتغراماً . فبدأ التحسن بالظهور لان الحرارة سقطت منذ اليوم الثاني وتابعت سقوطها متموجة تموجات صغيرة والتفلات نقصت كميتها وخفت رائحتها الثناتة والحالة العامة تحسنت وعاد

المريض قادراً على التغذية .

وقد دلت المعاينة بالاشعة التي اجريت في ٢٤ آذار ولم يكن قد منعنا عن اجرائها حتى ذلك التاريخ إلا سوء حالة المريض العامة ان النصف السفلي للرئة اليمنى كان محجوباً بظل سنجابي واضح محدد تحديداً جيداً في العالي والوحشي وانه محدب في العالي والى جهة المنصف تحديداً واضحاً . وكانت قتنا الرئتين اليمنى واليسرى سليمتين وقد عدت الكريات في ٣٠ آذار فكانت الكريات البيضاء ١٤٤٠٠ في الملمتر المكعب والكريات الحمراء ٢١٧٢٠٠٠٠ وكانت نسبة كثرات النوى ٨٨ بالمائة . وقد عوينة التفلات في ٢٣ آذار مرة ثالثة بعد ان تركت في النور ثلاثة ايام لكي تزداد الجراثيم فيها فلم يظهر اثر لعصيات كوخ وظهرت فيها المكورات العقدية فقط . وقد عوينة الرئتان بالاشعة مرة اخيرة في ١٦ نيسان فلم يبدُ إلا إظلام القسم المتوسط من الرئة اليمنى وظل مشوش الحدود عند ذروة اللوح وقد اتضحت سرقة الرئة وبدت حولها عقد بلغمية مبهمه وكانت الرئة اليمنى حين ارسل المريض الى فرنسة في ٢٩ نيسان واضحة كلها وكان يشعر بالاهتزازات فيها حتى القاعدة وان تكن خفيفة وقد سمع بالاصغاء ان الشهيق في ناحية الحراجة كان خشناً وقوياً وان خراخر صغيرة كانت تبدو في نهاية الشهيق . وكانت الحالة العامة حسنة والاشتهاء جيداً والمريض قادراً على التنزه .

• • •

جاءت هذه المشاهدة في وقتها المناسب . وفي وقت يتسرب به الشك في عقول البعض ويدعومهم الى الاعتقاد بان خراجات الرئة التي تعدد المشاهدات

عنها والتي ذكرنا منها احدى المشاهدات الاولى ليست متحولية المنشأ . وحقيقة الامر هي ان المتحولة لم تكشف في ثقلات المصابين الا في عدد قليل من المشاهدات . وقد كانت الرئة المصابة في اكثر هذه المشاهدات الرئة اليمنى وكانت الحراجات تعتري اشخاصاً كانوا قد اصابوا بالزحار وبرئوا منه بالامتين فشفاء الحراجة بهذا العلاج النوعي نعني به الامتين واستقرار الحراجة في الجهة اليمنى من الصدر مجاورة للكبد التي كثيراً ما تكون مصابة في الوقت نفسه بخراجات متحولية او بندبة خراجة سابقة وذكر الزحار في سوابق المريض او كونه فيه ، كل هذا يدعو الى نسبة الحراجة الرئوية الى داء المتحولات الرئوي فلا بد بعد الان من توفر الشروط المذكورة آنفاً لكي يحكم ما اذا كانت الحراجة متحولية المنشأ ام لا . ان مريضنا وصل بيروت آتياً من فرنسة قبل ان يصاب بمرضه هذا باسبوع ، ولم يذكر انه اصاب سابقاً باسهالات ولم يقطن بلداً يتفشى فيه الزحار ولم يكن في ذائطه متحولات او اوكياس وقد كان للامتين على الرغم من هذا فعل غريب في شفاء هذا الخراج شفاءً سريعاً كما لو كانت الافة داء المتحولات الرئوي . فلا بد اذن من القول خلافاً للاعتقاد الذي كان يعتقده القدماء ، ان نجاح العلاج في آفة ما لا يكفي لمعرفة سبب تلك الافة ونسبتها اليه . بل يترتب علينا ان ننظر الى نتائج المعالجات المسماة بمعالجات الاختبار نظرة التروي والحيلة .

واننا في المشاهدة التي اوردها لا نعتقد ان سبب الحراجة داء المتحولات الرئوي على الرغم من نجاح الامتين فيها . لانا اذا تأملنا في خواص الامتين حق

لنا على ما نرى ان ننسب اليه خاصة الشفاء دون ان نعهده علاجاً نوعياً في شفاء هذه الحرجة التي لم يثبت لنا سببها المتحوّل . فان فعل هذه المادة المستخرجة من عرق الذهب في انزفة الدم الرئوية السلية (فلاندرن وجولترن ولئون برنار ولكنه ورنون واوبار وبويه) وفعلها في ذات الرئة الصريحة وفي ذات الرئة والقصبات (رنون) وفي ذات القصبات المزمّنة في جميع ادوارها وفي سل الرئة المصلب (رمون ودورن) كل هذا يخولنا الحق بالقول بان لهذه المادة تأثيرات متنوعة في ملحمة (برنشم) الرئة والقصبات وان هذه التأثيرات لم تعرف ماهيتها بعد ولكن نتيجتها قذف المفرزات الرئوية المحتجّة في اسناخ الرئة او المتكثفة والمتحوّلة الى مجامع صديد قذفاً سريعاً . ومهما يكن فلا بد لنا من استنتاج هذا الامر في الممارسة وهو ان للامتئين فعلاً لا ينكر في خراجات الرئة ولو كان منشأها غير متحوّل حتى في الحالات التي يئأس الطبيب من شفائها .

مداواة التهاب البربخ في حرقه البول بالاستدماء الذاتي

شار من : (Scharman)

تعالج عرافيل حرقه البول بلقاحات متنوعة اما النتائج فليست ثابتة ويحدث بعضها تفاعلات شديدة وقد لا يفيد . استعمل اللبن ايضاً حقناً تحت الجلد فكان التفاعل شديداً وجرب شارمن ان يحقن المصاب بدمه على ان يبدأ بحقنه بد ٢ سم مكعب فـ ٤ سم مكعبة بعد يومين ف ٦ — ٧ سم بعد يومين آخر . بن . ولا حاجة ان تفوق كمية الدم ٧ سم مكعبة . فلاحظ ان هذه الحقن تبعث حرارة المريض وتسكن الاعراض وتقص الالام وتزيل انتفاخ البربخ ويقسم ش . التهاب البربخ قسمين اولهما الحديث ويكون التفاعل فيه شديداً وثانيهما المزمن ويقصد به الالتهاب الذي مضى على ظهوره اسبوع واحد فلا يحدث فيه اذن تفاعل

ش . م . ش

المعالجة باعلاق العلق

للحكيم شوكة موفق الشطي استاذ في المعهد الطبي (دمشق)

يسير الطب سيراً سريعاً في ايامنا الحاضرة الى الرقي فلا يتقصر ظل يوم ويزغ فجر الثاني حتى ينقل الينا البريد من المجالات والجرائد ما هو مغمض بالمستحدثات الطبية والكشوف الحديثة . ولا يحصر المختبرون همهم اليوم بما غمض من الامور بل يرسلون بانظارهم الى الماضي البعيد ايضاً ليحصوا ما كتبه ابااء الطب الاقدمون ويدققوا في شرائعهم التي مرت عليها السنون فيتبعون صالحها وينذون طالحها فقد رأينا الاستاذ كيفر (Keiffer) وغيره من الاطباء يهبون لتأيد سنة الاقدمين ويشيرون بالمحافظة على الطلاء الذهني الذي يسترجل الجذنين لان اختباراتهم اثبتت لهم ان الوليد يحتاج اليه في ايامه الاولى وقد قام اليوم عدد كبير من كبار الاساتذة يحرضون على العودة الى استعمال العلق بعد ان كاد يطوى اسمه وتنسج عليه عناكب النسيان وقد كان الاطباء العرب يكثرون من استعماله فقد جاء ذكره في الاحاديث النبوية نذكر منها « خير الدواء العلق والحجامة » قال ابن الاثير العلق دوية سوداء تكون في الماء تعلق باليدن وتمص الدم وهي من ادوية الخلق والاورام الدموية لامتناسها الدم الغالب على الانسان . وفي كتبهم المنوعة المستطرف في كل فن مستطرف للشيخ شهاب الدين احمد الابشيبي ، شفاء الاسقام ودواء الآلام لحضرين علي بن الخطاب ، تذكرة ابن داود الاسكندراني وغير ذلك من الكتب العربية . ثم اهمل العلق منذ عرفت الجراثيم والعفونات وسبب انتشارها واخذ

المؤلفون يحيطون من قيمته اعتقاداً منهم ان العلقه دويبة قذرة تنجم من استعمالها آفات مختلفة كالحمرة والتهاب الاوعية البلغمية والفلمونات . ولا يتخلو اعلاقتها من محاذير : انزفة متأخرة (وايل Weil) و (موريكان Mouriquand) قد تكون خطرة في بعض الاحيان وقد عاد الاطباء لاستعماله والاستعانة به لشفاء التهابات الوريد السادة وغير ذلك من الامراض لما فيه من الفائدة كما سنبين ذلك

تمتص العلقه مقداراً من الدم تبلغ كتيته ١٠-١٥ سم مكعباً ويستمر النزف بعد وقوعها قطرة فقطرة حتى يبلغ مقداره في بعض الاحيان ١١٠-٢١٥ سم مكعباً .

اما سبب هذا النزف التالي فهو تأخر الخثرة عن التكون فاذا جمع هذا الدم النازف في انبوب او على صحيفة لوحظ ان تخثره يتأخر بضع ساعات او بضعة ايام في بعض الاحيان وينجم ذلك من تبدلات تطرأ على الدم تسببها مادة خاصة في رأس العلق مضادة للتخثر عرفها (هايكرفت Haycraft) سنة ١٨٨٤ تنحل في الماء ولا تنحل في الكحول فسمها (العلقين hirudine) فاذا حقن وريد الكلب بهذه المادة عاد دمه صعب التخثر كدم المصابين بالناعور (hémophilie) فاعلاق العلق يفيد اذن في معالجة الخثور او تحاشيه وقد بدأ الجراحون بالعودة الى استعماله في بعض الامراض الخثرية كالتهابات الوريد بعد النفاس او اثر العمليات الجراحية كما كان يستعمله الاطباء الاقدمون . وترميه (Termier) هو اول من فكر بالعودة الى اعلاق العلق في المصابين بالتهاب الوريد عقب التوسط وقد اعلن النتائج التي حصل عليها في مؤتمر الجراحة الذي عقد في تشرين الاول سنة ١٩٢٢

وجمع في سنة ١٩٢٥ خمساً وسبعين حادثة عولجت باعلاق العلق كانت النتائج فيها حسنة جداً وقد افر ذلك كثير من الجراحين في مؤتمر ١٩٢٧ الجراحي منهم بيكو (Picot) وج. ش. بلوك (J. ch. Bloch) ونيكولا (Nicolas) وحناء لويس فور (J. L. Faure) و(ب. موكو P. Mocquot) و(ل. سوفه L. Sauvé) اذا استعمل العلق في بدء التهابات الوريد اسقطها وانقص مدتها فيجب والحالة هذه اعلاق ٤-٦ علقات في جذر الطرف المهدد على وجه الفخذ الانسي متى كانت المبسووعة امرأة لان التهاب الوريد يعرقل العمليات النسائية ومتى ظهرت علامات التهاب الوريد الصغيرة: الآم ومذل وبرودة الطرفين وحى خفيفة وتغير النبض ووذمات او صمامة رئوية صغيرة ايضاً ثم تعلق اربع علقات اخرى بعد يومين واربع الى ست اخرى بعد يومين اخرين ايضاً فتخف الآلام وتبسط الحى وتنقص الوذمة ويصفر الحبل الوريدي فيستطيع المريض النهوض في اليوم الثاني عشر او الخامس عشر بدلاً من ان يلزم سريره ما ينيف على الخمسين يوماً ويجب ان تكون الفترة بين اعلاق العلق في المرة الاولى واعلاقه في المرة الثانية يومين وذلك لان الدم يبقى صعب التخرس ٤٨ ساعة

وقد سعى ترميه (Termier) الى حقن تحت جلد المريض بخلاصة رؤوس العلق الا انه لم يوفق في استحصال العلقين استحصالاً حسناً . وعرف ايضاً ان العلقين مادة تضاد الحشرين ويعتقد ترميه ان خلاصة رؤوس العلق تعيد الحشرة منجلىة اما عمل العلقين في افراغ البلغم (آرتوس Arthus) و(بالاس Palasse) ومضادته للاحتقان (غرفس Graws وشوارتز Schwartz) فلا يزال قيد البحث ويعتقده كثيرون واول من عرف ذلك هايدن هين ولودو (Heidenhain, Ledoux)

وقالابانه ينشط الكريات البيضاء اما محاذير استعماله قليلة: اكل موزعي او شرى
ولا فائدة لهذه الطريقة في التهابات الوريد الصريجة ولا يجوز
استعمالها في المضعوعين او النفاس الذين يخشى تعرضهم لانزفة تالية الا بجذر
فائق او بعد انقضاء المدة التي يخشى وقوع النزف فيها

وينصح غوفه (Gouvet) وجانين (Jeanin) وجوسران (Josserand) الا
يعلق العلق في التهاب الوريد الناجم من استقرار الاتان العام وحري بان
يجرب العلق في بعض تسمات الدم وعفوته وفي التهابات الوريد الطبية
لا الجراحية والفاشية فقط فقد رأى موزون (Mouzon) ان العلق افاد في التهاب
وريد دوالي مؤلم عصي المعالجة بالراحة والادوية المعروفة فسكن الألم على اثر
اعلاق العلق وهجعت الاعراض

وينصح غونه (Gonnet) وجانين (Jeanin) وجوسران (Josserand)
بوصفه كواسطة واقية تمنع ظهور التهاب الوريد في من اصب به سابقاً على
اثر النفاس وذلك بعد الولادة بثمانية ايام تجنباً للنزف

ويجدر ان يجرب العلق في العرج المتقطع الناتج من التهاب الشرايين
التهاباً مزمناً وفي التهابات الشرايين السادة ايضاً

اما فائدته في بعض امراض العيون فلا تنكر ولا يزال اطباء العيون يصفون
اعلاقه وراء الاذن في بعض امراض العينين وينصح الاستاذ خضابك سعيد باعلاقه
في التهاب الفزحية المصلي اوداء الزرقه الحاد وقد جنى منه فوائد عظيمة كما
ثبت له من اختبارات السريرية العديدة

ويستنكف البعض عن العودة اليه اعتماداً منهم انه دوية قدرة وان

الحجامة الدموية افضل منه اما قولهم بان العلقه دوية قدرة فغير صحيح لان الجراثيم لا تثقل بعضها حتى ان العلق الذي لوث تلويثاً اصطناعياً لم ينقل الجراثيم بعضته الا بصعوبة فائقة . واما ما نسب الى استعماله من عراقيل فهو ناجم ولا شك من سوء تضميد العضة ولا يخفى ان العامة تستعمل عندنا على اثر سقوط العلق ضماداً طاهراً او مسحوق البن او خيوط العنكبوت فلم نلاحظ في من استعمل البن لهم او الضماد الطاهر ادنى محذور واما من ضمدت جراحهم بخيوط العنكبوت فقد اصابوا بالحمة وسواها من الالتهابات وصفوة القول ان العلق متى استعمل بنظافة وحيث يجب ان يستعمل كانت منه فائدة كبيرة ولم تنجم منه ادنى عرقلة ولا تعيض الحجامة المدممة عن اعلاق العلق لأسباب عديدة اولها ان تأثير الحجامة موضعي وانها تخرج كمية من الدم معينة بيد ان تأثير العلق عام وقد تبلغ كمية الدم التي تخرج به ١٠٠-٢٥٠ غراماً وثانيها سهولة اعلاق العلق في اما كن مختلفة تصعب حجামتها أو تسجيل وثالثها ان العلقه تخزن مكاناً صغيراً تنجم منه ندبة ضيقة مع ان كمية الدم التي تنصب من العضة كبيرة اما ندب الحجامة فكبيرة وكمية الدم المنصبة قليلة

يفيد العلق ايضاً في مداواة التهابات التأمور والتهابات الكلية والآلام العصبية القطنية وبعد آفات الاذن وفي احتقانات الكبد والرئة والدماغ ويجب الا تكون العلقه قد استعملت لشخص اخر ويعرف هذا بضغط

نهايتها الشرجية فان خرج من فيها دم حكم انها استعملت فترك
ويجب ان يحفظ العلق في اوان كبيرة سعتها ٧-٨ لترات وان يوضع في قعرها رمل وان يسيل فيها الماء قطرة قطرة ليستمزج تجدد وان يسترا الاناء

بغطاء منعاً لهرب العلق

وعلى من يستعمله ان يكون لديه اولاً ماء حار وقدح ماء او انبوب اختبار وصبغة اليود ورفادات وقطن ورباط ولبن او ماء محلى
طريقة العمل : ينظف الجلد المراد اعلاق العلق فيه اولاً بالصابون والماء الفاتر ويحلق اذا كان مشعراً ثم يجفف ويدلك لكي تحتقن او عيته الصغيرة فيسهل اعلاق العلق ويجوز ان يبلل بلبن او ماء محلى اذا قصت الحاجة واذا اريد اعلاق بضع علقات مرة واحدة وضعت في محجم وادبرت بسرعة للجهة المراد فصدها فتستقر العلقات حينئذ بعضها الى جانب البعض الآخر وتجم منها دائرة مكونة من اعضائها . والافضل ان يوضع العلق في رفاة تمسك براحة اليد وتدار فتلامس الجلد وتعلق به

واذا اريد اعلاق علقه واحدة تمسك بقطعة من الشاش بين الابهام والسبابة ويدار فيها نحو الجلد فتعضه ويعرف الفم بكونه اذق من جهة الشرج او توضع العلقه في انبوب او في ورقة مفتولة وتطبق على الجلد ايضاً
ويجب الانتباه حين اعلاق العلق قرب الفوهات الطبيعية (الشرج مثلاً) اذ قد تلج احدها والافضل ان يسد الشرج بقطيلة من القطن مبللة بالزيت . تبقى العلقه عالقة من نصف ساعة الى ثلاثة ارباع الساعة او الساعة وتنتفخ في اثنائها وتمتلئ دماً

ومتى لم تترك العلقه الجلد من نفسها سهل اخراجها بذر قليل من الملح او الرماد او بقص ذنبها بالمقص ولا يجوز ان تشد بعنف لئلا يبقى فكها في الجلد الحوادث وطرق تجاشيها : قد لا تعلق العلقه او انها تنفك على اثر اعلاقها

بمدة وجيزة فلا تكون صالحة ويجب تبديلها . وقد يتلو استعمالها نزف موضعي مستمر فيعالج بالادوية القاطعة للنزف المعروفة واسهلها الضغط بالرفادة او الضغط بقطيلة مبللة بمحلول الايتبرين العشري او باستعمال مصل الحصان والمصل المضاد للذباح موضعياً واذا دخلت العلقه فوهة طبيعية اخرجت منها بصنع حقنة شرجية مركبة من ماء مالح .

العناية بعد العلق : بسيطة جداً يس مكان عضتها بصبغة اليود ويستمر برفادة وقطن ويربط . ويجب ان تكون كمية القطن كبيرة لتتصص الدم النازف بعد اخراج العلقه ويندب مكان عضتها بعد ٤-٥ ايام وندها ببيضاء صغيرة نجمية الشكل

مثال لفائدة العلق في تنبيه السحايا

ج . له من العمر ١٠ سنوات تقريباً اصيب بالنزلة الوافدة شكل ذات الرئة وقد تعرقلت في اليوم الثالث بتنبيه السحايا وخيف من التهاجم فاعلقنا له خمس علقات وراء كل اذن فمجمعت الاعراض السحائية وزالت عنه في اليوم نفسه وتحسن سير المرض وتم شفاؤه بعد اربعة ايام

مثال لفائدة العلق في احتقان الدماغ

ر . له من العمر سنة اصيب ببرداء من التسوع المستمر وكانت الحرارة شديدة (٤١.٥) وتعرقلت باحتقان الدماغ، فاخذ المريض يشكو الام رأس ودواراً وغثياًناً وهذياناً شديداً واحتقاناً ظاهراً في الوجه والعينين فاعلق العلق (١٠ علقات وراء كل اذن) فتحسن حالته وهبطت الحمى بعد نصف ساعة (من اطلاق العلق) الى ٣٩.٥ فقطناه بالكينين وتم شفاؤه بعد يومين

مثال لفائدة العلق في الحمى التيفية المعرقلة باحتقان الدماغ

ح . له من العمر ٢٨ سنة اصيب بحمى تيفية اثرت في معنوياته اشدها - أثير قترك

البلد اللبني كان يقيم فيه وسافر ليلاً الى دمشق وتبين من فحصه انه مصاب باحتقان الدماغ وشك في اصابته بالحمى التيفية ففحص دمه فكان الجواب ايجابياً . وصف له اعلاق العلق وراء كل من الاذنين فجمعت الاعراض وزال الهذيان واخذت الحمى تسير سيراً عادياً وقد احدثن دماغه في الاسبوع الثاني (دور التفرح) فاعلق له اعله العلق دون استشارة طبيب فاعترأه في اليوم التالي نزف معوي شديد كاد يقضي عليه لو لم يتدارك الامر بوصف دوية قاطعة للنزف حاسمة

فما هو السبب في وقوع هذا النزف وهل من علاقة بينه وبين العلق ؟ كثيراً ما يقع النزف المعوي في دور التفرح ولكننا نعتقد ان لا علاقة العلق دخلا في احداثه او جعله غزيراً ودليلنا على ذلك ما ذكرناه عن مضادة العلقين للثخثرين (thrombine) وقد بحث عن النزف في اعلاق العلق وايل (Weil) وموريكان (Mouriquand) وقالوا بانه يقع ولا سيما في المقلولين والمكبودين وقد صادف جيراردا (Girardet) مقلوباً مصاباً باسترخاء القلب اضاع ١١٣٥ غراماً على اثر اعلاق علقين . وقد تمكن وايل وبويه (Boyé) من احداث اعراض الناعور النزفية الخطرة بمحقن ارب بخلاصات رأس العلق : كدمات تحت الجلد انسكابات دموية ، انزفة سنية ، انسكاب دم في المفاصل ، ييلات دموية وقد شوهد ان القروح او الجروح الآخذة بالنذب تنزف على اثر اعلاق اربع او خمس علقات وان بعض المرضى يعتبرهم رعايف وان اعلاق العلق قبل العمليات يعيد توقيف النزف في اثناء العملية مستصباً (ترميه)

يستنتج من ذلك انه لا يجوز اعلاق العلق الا بعد استشارة الطبيب وان عليه ان يحذروا في الحالات المضادة للاستطباب وفي زمرته دور التفرح في الحمى التيفية . هذا هو رأينا الشخصي ابدناه مستدين الى المشاهدة التي

سرذناها والى فعل العلقين في الدم واحداثه لتبدلات مشابهة للتبدلات الخلطية التي تقع في الناعور (هاموفيليا)

اعلاق العلق في ذات الرئة والبرداء :ارجع الى مشاهدة ج ٠ و ر ٠ م
اعلاق العلق في الامراض الاتنانية المتنوعة: لا نشك في فائدته متى جاز
اعلاقه ونكتفي بما اورذناه من المشاهدات عن فائدته في الامراض التيفية
حذراً من التطويل

اعلاق العلق في الامراض التناسلية:

في التهاب الخصية :

هجمت اعراض التهاب الخصية باعلاق العلق في مريض عصي مرضه
المداداة المعروفة واللقاحات ايضاً

في التهاب الملحقات :

لدينا مشاهدات عديدة نقصينا فيها يوم عهد النيا في القيام بمهام السريرات
النسائية فلاحظنا ان فائدة العلق في التهاب الملحقات الحاد غير المتفصح عظيمة
وليس للعلق ادنى فائدة في الالتهابات المتفححة التي تستدعي العمليات الجراحية
العلق في التهاب اللوزتين الحاد :

ف ٠ ش ٠ اصيبت بخناق بسيط حاد وضخمت لوزتاها حتى انها كادت
تسدان مجرى التنفس والبلع وكانت حالة المريضة رابعة ومصابة بتشنج الفك
ولا سبيل الى فتح فها دون الالتجاء الى مفتاح الفم فاوصينا باعلاق العلق ريثما يخضر
الآلة ونجري ما يلزم فتح حسنت الاعراض بعد ساعة من الزمن وخف احتقان
اللوزتين ثم شفيت المريضة باسعمال الادوية البسيطة : غرغرة و طلاء اللوزتين

بصبغة اليود الغلشرينية

النتائج : ١ - العلق افضل من الفصد

٢ - العلق مفيد في الامراض الالتهابية المتنوعة لانه ينشط الكريات البيضاء ويزيل الاحتقان من العضو المحتقن

٣ - العلق مفيد في ذات الرئة لانه يساعد على تجزئة نتحة الليفين

٤ - العلق مفيد في احتقان الدماغ وغيره من الاعضاء : قزحية ، شبكية ، مبيض ، خصية . الخ لانه يعمل على جعل كمية الدم موزعة توزيعاً منتظماً في سائر ارجاء الجسد

٥ - العلق مفيد في التهابات الوريد السادة لانه يسقطها او ينقص مدتها

٦ - لا يجوز اطلاق العلق في الآفات المتقرحة او المؤهلة للزف ولا سيما في دور الحمى التيفية المتفرح . يستخلص مما اسلفناه ان العلق علاج مفيد لا يجوز اهماله متى قضت الحاجة اليه وان مؤلفي العرب كانوا على صواب في اطراء فوائده



مداواة ٢٠ حادثة سعال ديبكي بكمومائية الافدرين (éphédrine)

استعمل ٥٠ دولاني اندرسون و ٥٠ هومان الافدرين في معالجة الاطفال المعابين بالسعال الديكي فاعطيا من تجاوز عمره سنة ١٦ ملفراما وجرعاً من كان دون السنة الاولى نصف المقدار المذكور فتحسن ١٨ منهم تحسناً مريعاً اما سبب التحسن فهو نقص الشنج الحنجري او تأثير العلاج في العصب الودي تأثيراً مباشراً وقد ظل الاطفال الذين عولجوا بهذه الطريقة يشكون السعال الا انه اصبح خفيفاً وزالت عنه الصفات الشنجية ولم يصب احدهم بتسمم او بأي عرقلة اخرى وقد بدا لها ان هذا العلاج مفيد ولا سيما في دور المرض الثاني

ش ٠ م ٠ ش ٠

المجراحة

بحث تشريحي سريري في التقيحات المحيطة بالبلعوم
وكيفية تشخيصها ومداواتها

« ٥ »

للحكيم عبد القادر سري استاذ امراض الاذن
والانف والحنجرة وعلم التشريح

تقيحات المسكن العقدي الحارة اللاعقدية : — هي التقيحات التي تكون خارج مساكن العقد كالنوع الوداجي ذي البطنين من التهابات الحشاء والتهاب محيط الوريد القيحي لخليج الوريد الوداجي والفلفغون العظمي قرب عظم الفك الذي تنفذ تقيحاته بعد تكونها في مساكن العقد وتكبر فيها ويذكر (موره) من النوع الوداجي ذي البطنين في التهابات الحشاء نوعين آخرين النوع الاول خراجاته صغيرة ينشأ من العظم ويستقر على طول العضلة ذات البطنين والنوع الاخر خراجاته اكبر تؤثر في النسيج الخلوي ثم تنتشر الى العقد البلغمية وتشابه بظواهراتها الخراجات حول البلعوم . وكل من يتأمل في ما قاله العلماء عن هذا النوع من التهابات الحشاء يتيقن انه يتصف بالعلامات نفسها التي تتصف بها الخراجات العقدية . واحسن صفة يميز بها هذا النوع عن سائر الخراجات هي ابتداءه بعلامات دالة على التهابات الاذن والحشاء . ثم يدعوا اشتداد العلامات العامة في التهاب محيط الاوردة لخليج الوريد الوداجي الى التوسط الجراحي قبل ان يبرز الخراج على جدار البلعوم

ويتصف بصفات الخراجات حول البلعوم

الخراجات الباردة الجنبية الخلفية للبلعوم : — هي نوعان عقدية ولا عقدية والعقدية أكثر وقوعاً وتُتصف بصفات الخراجات الجنبية الخلفية للبلعوم نفسها .
وأما اللاعقدية فنادرة وتُشأ من سل الاذن ويمتاز بسيلان الصديد من

المجرى السمي الظاهر متى ضغط العنق

وتنتهي الخراجات العقدية التي تداوى مداواة جيدة بنتائج حسنة ولكن قد يفضي سل الاذن الى شلل العصب الوجهي والارتفة التالية غالباً .

فلغمون البلعوم المعفن : يمتاز هذا النوع بسيره الصاعق وبوخامته .

وهو يتصف سريراً بيدئه الشبيه بالامراض الانتانية السائرة : بالحمى والتهذيان، والعرواء ، ويلة الآح ، والالام ، واحمرار البلعوم وتشوش البلع وبعض الصعوبة في التنفس . وقد لا تظهر في العنق اقل علامة او تشيج احدي جهتيه وتوالم اوجتهاه معاً . ولا تفيد فيه المعالجة .

الفلفمون حول البلعوم الوجهي المنتشر : — يقرب هذا الفلفمون بظامله المرضي من الفلفمون الغنفريني ويمتاز عنه في بدء تكونه ببقاء البلعوم فيه سليماً فيستولي الانتان على جميع الاخلية المحيطة بالبلعوم وتقر المواد العفنة بسبب تلف الجدار الخلفي من الجيب — سواء اكان منشأ هذا التلف فخره العظم ام انتقابه بالمبزلة — الى الخفرة الجناحية الفككية ثم يعم سائر الاخلية الباطنة المحيطة بالبلعوم كالمسكن الماضغ ، والمسكن فوق اللوزة والمسكن النكفي والمسكن الرقي ولهذا سمي سبيل هذه الفلفمونات الفلفمونات المحيطة بالبلعوم الوجهية :

وقد تبقى هذه الفلغمونات كامنة في بدء تكونها ثم تشتد شدة غريسة
وإفقا بعض الشلل في الاعصاب ولا سيما العصب الوجهي وترفع الحمى (٤٠)
ويصغر النبض ويسرع حتى انه لا يعد ويقصر التنفس ويمتل ويصعب البلع
ويموت المريض قبل ان تبدو العلامات المشتركة حول البلعوم .

وتكون الناحية الكائنة تحت زاوية الفك صلبة والسطح الجانبي من البلعوم
مبتجأ احمر اللون صلب الملمس . ولا تفيد الشقوق التي تسيل منها بضعة
سنتمرات من الارتشاحات العفنة لان الموت واقع لا محالة .

ومن هذه الاشكال الحادة ما يتسدى بضوضاء ثم تهجم الاعراض
ويتكون مجمع صديدي اذا افرغ واحسنت مداواته شفي المريض غالباً
الفلغمون الكثير المسكن : — هو نفوذ بعض التقيحات المحيطة بالبلعوم
الى الاخيلة المتنوعة المحيطة بالبلعوم .

يمتاز هذا النوع سريراً بالعلامات المشتركة الموافقة للاقسام المختلفة التي
يحل فيها الصديد . وهو ذو انداز وخيم لانه يلف الحجب الصفاقية ويعرض
الاوعية لخطر التقرح وتكون السدادات فيها .

تشخيص التقيحات المحيطة بالبلعوم .

يسهل في الغالب تشخيص هذه التقيحات ولو التبس الفلغمون العقدي
في الطفولة الاولى ببعض الآفات التي تطرأ في تلك السن كالتهاب الحنجرة
الصرصري ووذمة المزمار والنذبة والاجسام الغريبة في الطرق الحوائية غير ان
نحري العلامات الطبيعية قد يكفي لاجتناب الخطأ .

وقد ذكرنا بين اسباب الفلغمون العقدي ما وراء البلعوم التهاب الناميات

نظيرة الغدة الحاد فيجب والحالة هذه ألا نخطط الايتين المذكورتين لان
قرص المنخرين يزيل الشخير في الاطفال المصابين بالتهاب الناميات نظيرة
الغدة ولا يزيله في الآخرين

ومتى عرف القارئ ان التهابات اللوزة الحادة تقع في الجانبين وتحدث
خراجات في باطن اللوزة فيزداد حجمها دون ان تظهر فيها علامات الفلغموم
سهل عليه تفريقها عن الخراجات الجنبية للبلعوم .

واما الخراج قرب اللوزة فيسهل تفريقه متى كان في الحفاف ولم يتجاوزه
ولكن متى امتد الى القسم الجانبي من البلعوم جر التعجن العميق الذي يسدو
في العنق حينئذ الى الخطأ

اما قرحة اللوزة الافرنجية فتضخم فيها المقدوضخمتها ترشد الى التشخيص
ولكن متى التهب وتظهر الالم كان الشك واما العوارض الثلاثية فاتباع العقد
فيها وتفاعل واسرمان كافيان لارشاد الطبيب الى التشخيص الحقيقي .

وحسن التلويح في المجامع الصديديّة الباردة يميزها عن الاورام العفلية
الصلبة التي قد تنمو في محيط البلعوم وتبرز على جذرائه ومتى شخصت هذه
الخراجات كان لا بد من معرفة ما اذا كان منشأها عقدياً ام عظمية . فاستقرار
الأم الليلي ازاء الحفرة تحت القفا واشتداده حين ضغطها دليل على الداء تحت
القفا . ولكن اذا تظاهر الخراج كخراج جنبي بلعومي وكانت العقد منتبجة شك
في المنشأ العقدي او في الاورام الغلصمية وسن المريض واحواله العامة وسرعة
تكامل الافة كل هذا مدعاة الى التردد في التشخيص .

وقد تدعو الاورام البشزية المجهولة التي تنمو في الحفرة فوق اللوزة وتظاهر

من وقت الى آخر بهجمات التهاية الى الاشتباه ولكن التقرح النامي وجس العقد
 الباغمية تحت الاصبع كالحرق بعد مدة من الزمن يظهر ان الحقيقة . وموقع
 الجراح الباطن في الجراحات الواقعة في القسم السفلي من الباعوم يفرقها عن
 التهاب الغضروف الدرقي المتقيح الظاهر .

غير اننا على الرغم من هذه الفروق لا نزال نقول بصعوبة الوصول الى
 تعيين موقع البؤرة الصديدية ومنشأها الذي يتوقف عليه عمل الجراح الشافي .
 واننا نرغب في استنتاج وسائل اخرى من هذه الحوادث وهو ان جميع العناصر
 المرضية المختلفة من العلامات المشتركة حول الباعوم حسب نوع التقيح قد
 تساعد على تعيين موقع المجمع الصيدي .

متى صعب البلع واختل التنفس كان الصديد بلامسا لجدار الباعوم وفي
 المسكن الحشوي ويميز الجراح ما وراء الباعوم عن الجراح الجانبي للباعوم بوضعهما
 فيبرز الاول في الجدار الخلفي والى جانب الخط المتوسط قليلاً واسم الثاني ففي
 القسم الجانبي من الجدار الخلفي للباعوم دافعاً للمسكن الوزني كتلة واحدة .

ومتى تغلب الاجل وصلابة العنق على سائر العلامات المرضية وظهر الانتهاج
 في العنق كان منشأ الجراح عقدياً ففحص الفم حينئذ ثبت أن الانتهاج في الجدار
 الخلفي للباعوم وانه وراء السويقة الخلفية من مسكن الازرة

وان الامر الذي يجب ان يوجه الطبيب المستقصي اليه عظيم اهمته في
 تشخيص الجراحات حول الباعوم هو تفرق الفلغمون العظمي قرب الزاوية
 عن الفلغمون العقدي تحت زاوية الفك (الشينايك) الذي مر وصفه في غير هذا
 المكان . واول من ذكر الشبه بين هاتين الاختين والطرق التي يجب ان يلجأ

الينا متى وقع التردد هو البحاثة سبيلو .

نصف ككتا الافين باتتاج ناحية زاوية الفك وبصعوبة فتح الفم وبالألم حين البلع وتفتقران بكون الفلغمون العقدي ينشأ من آفة مخاطية لا سنية الا في بعض الحالات الاستثنائية التي نشأت فيها الفلغمونات العقدية من التهابات الفم واللثة غير انها قد تكون مصحوبة بنخرة السن او بنبت الناجدة فالفلغمون العظمي لا ينشأ اذن الا من آفات الاسنان

ويبدأ الفلغمون العظمي بكنزاز الفكين يبدان الفلغمون العقدي يتدى بالاجل فلي صعوبة البلع التي يشعر بها المريض في هذه الافة صعوبة تحرك العنق . ومتى سارت الافتان سيرهما برز الفلغمون العظمي نحو الجلد واستند الى الوجه الباطن من زاوية الفك وكان معها جسماً واحداً ملتصقاً . واما الفلغمون العقدي فيبرز في الميزابة السبائية ازاء الحافة الامامية للعضلة القصية الترقوية الخشائية ولا يقترب من زاوية الفك الا متى اتسع ويبقى بعيداً عنها حتى اننه ليسهل تفرق احدهما عن الاخر سريراً . واذا اتانا المريض في الادواز الاخيرة من المرض بعد ان تكون الافة قد اتسعت وانتشرت الى المواقع المجاورة لها استغنى في التشخيص الى الامور الاتية :

١ - ان الفلغمون العظمي يسير نحو جسم عظم الفك الاسفل ويرتشع نحو قاع تجويف الفم دون ان يبرز على جلد البلعوم .

٢ - الفلغمون العقدي يسير الى الباطن ويظهر ايضاً على الجلد ولا يرتشع نحو قاع تجويف الفم واكفنه يبرز على جدار البلعوم وراء سوقة الحفاف الخلفية . وصغوة القول ان اصعب زمن يعسر فيه تمييز الفلغمون العقدي عن الفلغمون

العظمي هو الزمن الذي يأتي فيه المريض بعد ان يكون الفلغمون قد اتسع ولكن اذا اتبه الى الامر وفحص العظم والاسنان فحصاً دقيقاً سهل التشخيص . لان ضغط الحافة السخية خدية كانت ام لسانية ازاء السنخ المتعفن يؤلم اذا كان الفلغمون عظيماً . ويجب ان يفتش عن الألم اذا كانت الافة ناشئة من نبت ناجدة لا تزال مستترة بضغط زاوية رأد (الشعبة الصاعدة) الفك وحول سنخ السن المذكورة . واذا لم يكف الفحص المذكور يلجأ الى المعاينة الشعاعية والى معاينة الاسنان جميعها معاينة دقيقة . وذلك بضغطها حسب الوجهتين الجانبية والقائمة وتحري تأثيرها من الحرارة والبرودة فكل هذا يكفي ولا شك لتمييز الافة ومتى كان الخراج السمحاقى السني قرب اللوزة ولم يكن سبيل الى تفرقه عن الفلغمون المحيط باللوزة والفلغمون العقدي الجنبي البلعومي الخلفي على رأي (تروفر) دقق في العلامات السريرية وفي الاختلاف الكائن بينها . فتفرق الافة المذكورة عن النقيحات حول البلعوم بكونها تدفع يبرزها السويقة الامامية والمسكن اللوزي وتقتله حول محور سويقته الخلفية دون ان تؤثر فيه أو تجعل اللوزة ناظرة الى الوراء بيدان الفلغمون العقدي الجنبي البلعومي الخلفي يبرز على جدار العضو المذكور وراء المسكن اللوزي ويقتل هذا المسكن حول محور سويقته الامامية فتكون اللوزة ناظرة الى الامام لا الى الوراء .

كلمة في المداواة

بما ان الجامع الصديدي التي تتكون في المسكن الحشوي تدفع الاوعية العظمية والصفائح الوعائية نحو الطبقات الظاهرة وبما ان الجامع التي تتكون في خارج المسكن المذكور تدفع تلك الاوعية نحو جدران البلعوم يجب الوصول الى مجامع النوع

الاول بالطرق الطبيعية والى النوع الاخر بطريق الجلد . وتستثنى من ذلك الجماع التي تكون في القسم السفلي من البلعوم لان الوصول اليها يستدعي الشقوق الجلدية ويجب ان يوقى الاشخاص المعرضون للتقنيات حول البلعوم في المسكن الحشوي بتطهير القطعة ما وراء الانف وقطعة البلعوم الانفية والحفرتين الانفيتين والآن يهمل الزكام مهما كان خفيفاً لان التقنيات المذكورة تنشأ من الاقنية البلغمية الصادرة عن القطعة ما وراء الانف وعن قطعة البلعوم النفية . وفي كل مرة نرى فيها استقرار احدى الاوقات المزمنة في التراكيب البلغمية البلعومية التي تتصف بضخامة في التراكيب المذكورة او بالام الحلقوم المكررة يجب ان يلجأ الى المسح او الى الكي ويرجع في هذه الحالات قطع الناميات نظيرة الغدة وكشط البلعوم ويلجأ الى الاضمة الحارة والى الفسول المضادة للتعفن والمشروبات الحارة متى ظهرت العلامات الالتهابية والى الاستلقاء والاستئصال اذا قضت الحاجة ويرجع الاستلقاء الذاتي (autovaccin) او لقاح جاهز متعدد القوى (polyvalent) ولكن لا فائدة من هذا اللقاح الا في دور الالتهاب واذا تكون الحراج كان شقه واجباً .

واما الفلغمون العقدي الجانبي للبلعوم فيجب الاسراع الى تخفيف وطائه ما يمكن بالأضمة الحارة واللقاح المتعدد القوى والسعي الى افرغ الصديد متى تكون المجمع وذلك بعد بدء المرض باربعة او خمسة ايام .

وتفرغ الحراجات الباردة ما وراء البلعوم الخلفية والجنبية بالطرق المتبعة في الحراجات الحارة ومتى تفرقت الافة بالاختناق او النزف كان خزع الرغامى وربط الشريان واجبين .

تشخيص السكر بعد الموت في الطب الشرعي

«Le diagnostic post mortem de l' ivresse»

للحكيم ميشيل شمدي استاذ فن المداواة والطب الشرعي ومبحث السموم

ولدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

كثيراً ما يود المستنطق او الحاكم او المحامي ان يقف على ما كان عليه القتل قبل الموت من الصحو او السكر ليستعين على اتهام المتهم او تخفيف العقوبة عنه او دفع التبعة المملّة عليه في كثير من الوقائع لذلك كان لتشخيص السكر بعد الموت شأن خطير في الطب الشرعي لما فيه من الفوائد الجمة وتعليل كثير من حالات الموت غير المحظوة او المعزوة الى الانتحار .

ان تشخيص داء الكحول الحاد ممكن بل قد اصبح في اليوم الحاضر من الامور البسيطة التي لا تحتاج الى عناء كبير وذلك بما يراعى في الدم من الكحول فقط . والفضل في هذا الموضوع يعود الى تورد (Tourdes) وهو اول من قدر قيمة هذه الطريقة وحاول تحقيقها (سنة ١٨٦٥) لكنهما لم تخرج الى حيز التطبيق والعمل الا (سنة ١٨٩٦) عن يد نيكلو (Nicloux) مبتكر الطريقة الدقيقة المضبوطة لتقدير الكحول في الاخلاط والاعضاء واضع اساس هذا التشخيص (مع استاذة غريهان Grehant) بعد ان اثبت انتشار الكحول فيهما (اي الاخلاط والاعضاء) ثم اقتفى اثره كرازا (Carrara) سنة ١٩١٣ فبلطزار والانسة لامبير (Balthazard et Mile Lambert) سنة ١٩٢٠ واوضحوا جميع ما يمكن ان يستفده الطب الشرعي من هذه الطريقة التي تركز على قانوني

غير بهان ونيكلو في شأن انتشار الكحول في اخلاط الحيوان واءضائه وهما :
(ان مقدار الكحول في الدم يناسب الكمية المشروبة منها) وان عددا الستمترات
المكعبة من الكحول الصرفة الموجودة في كل لتر من الدم تساوي عدد الستمترات
المكعبة من الكحول في كل كيلو غرام من وزن الحيوان الذي شربها) اوضحوا
ذلك بعد ان حققوا صحة هذين القانونين على الانسان ايضا .

اما معاية الكحول فيمكن ان تجرى على كمية معلومة من الكبد والطحال
والكلى والدماغ والرئة والعضلات ولكن ترجح معايتها على الدم لسهولة العمل
وقصر المدة . ولها طرائق ثلاث : طريقة نيكلو (١٨٩٦) وطريقة أستوك ورادي
(Astruc et Radet) (سنة ١٩٢٥) وطريقة مورتيني ونوريسن (Martini et
Nourrisson) وكلها سواء في الصحة والنتيجة لذلك نكتفي بذكر طريقة
نيكلو المعمول بها في الطب الشرعي حتى يومنا هذا على قدمها . وهي مبنية على
خاصة تأكسد الكحول بلامسة حمض الكبريت بثاني كرومات البوتاس . فاذا
صب على محلول كحولي ممدد (فيه من الكحول اقل من ٢ بالالف) شيء من
حمض الكبريت ومحلول ثاني كرومات البوتاس الممدد تأكسدت الكحول
وانقلب ثاني كرومات البوتاس الى كبريتات اكسيد ونصف الكروم انقلبا يناسب
كمية الكحول الموجودة في المحلول .

فاذا كان ثاني كرومات البوتاس قليلا او كان مقدار الكحول كثيرا
كان اللون اخضر الى الزرقه وهو لون اكسيد ونصف الكروم . فاذا زاد
مقدار ثاني كرومات البوتاس ولو قطرة أو قطرتين استحال اللون الى اخضر
ضارب الى الصفرة وهو دليل على ختام التأكسد . . .

على هذا الاساس تعار الكحول في الدم كما يلي :

العملية الاولى : استقطار الكحول . — يؤخذ من القلب مباشرة ١٠ سم . م
من الدم وتوضع في حوالة جهاز شلوزينغ - اوبان مع ٤٠ سم . م ماء مقطر
و ٢٥ سم . م من محلول حمض المر المشبع^(١) وتغرس نهاية انبوب الانطلاق
الدقيقة في ٥ سم . م ماء مقطر موضوعة في مخبر مدرج بسعة ٣٠ سم . م ثم
تسخن الحوالة فيبدأ التقطر وتغتم العملية حينما تبلغ كمية السائل المجتمع في
المخبر ٢٠ سم . م مما يعادل خمس السائل المستقطر وبهذا يحصل على قطارة
(distillat) فيها جميع ما في (١٠ سم . م) الدم من الكحول

العملية الثانية : معايرة الكحول . — يؤخذ من القطارة ٥ سم . م وتوضع
في مخبر مع ٥ سم . م من حمض الكبريت الصافي وتسخن على حرارة لطيفة
حتى الغليان الخفيف ثم تطفأ النار ويقطر على ما في المخبر — مع التحريك في
كل مرة — من محلول ثاني كرومات البوتاس (بنسبة ١٩ غراماً بالتر) الموضوع
في نقطة مدرجة الى عشر سم . م حتى يستحيل لون السائل من الخضرة المزرقة
الى الخضرة المصفرة . فكل ١ سم . م من محلول ثاني كرومات البوتاس يعادل
١ سم . م من الكحول الصرفة في لتر من السائل المطلوب فحصه . ولكن يتبين
من سير العملية ان مقدار الكحول المتقطر يكون في القطارة ضعف ما هو عليه
في الدم المفحوص .

هذا ويجب ألا يكتفى بمعايرة واحدة لان المقدار الناتج في المرة الاولى
غالباً ما يكون كبيراً لذا تعاد المعايرة على مقدار آخر من القطارة ويقطر عليه

(١) (solution saturée d'acide picrique)

من محلول الكروماتة مقدار اقل بـ ٢-٣ اعشار السنتيمتر المكعب من الاول بحيث يحصل على لون اخضر واضح ثم يؤخذ مقدار ثالث و يقطر عليه من محلول الكروماتة مع مقابلة اللون الذي يبدو ، بلوني الانبوين الاول والثاني وتختم المعايرة متى عاد اللون ضارباً الى الصفرة . فالمقدار الناتج الوسط بين المقدارين الاول والثاني هو الذي يعول عليه .

ولا يمنع مانع من مقابلة النتيجة بسلسلة نماذج حاوية على مقدار معلوم العيار من محلول الكحول المائي .

ولما كانت طريقة نيكلو هذه مؤسسة على تأكسد الكحول كما قلنا وكان غير بعيد ان توجد اجسام عضوية طيارة قابلة للتأكسد بالشروط ذاتها كالكحول العادية وحمض الحثل والايثير والكلورفورم كان تقدير الكحول على هذه الطريقة لا يصح الا اذا ثبت خلو القطارة من تلك المواد .

فاما الكحول العادية المتكونة من الشحوم واشباه الهولينات فلا تؤثر في الحساب الا بمقدار يسير جداً يمكن اهماله .

واما حمض الحثل المنفصل بتأثير حمض المر في الخلالة فانه يوجد في القطارة ولكنه لا يتأكسد بتأثير حمض الكبريت والكروماتة ولو اغلي السائل .

واما الألدهيد فلا يوجد في دماء الشاربين اصلاً وان كانت في نكهتهم (ربح افواههم) رائحة الدهيدية .

واما الاثير والكلورفورم فقد يؤثران في النتيجة لتأكسدهما في الشروط نفسها ولكن يسهل على الفاحص ان يتحقق ما اذا كان القتل قد اخذ (قبل الموت) شيئاً منهما شرباً او انشاقاً ام لم يأخذ .

وأما التفسخ فإنه يؤثر في النتيجة أيضاً بتعليله كمية من الكحول أو تكوينه شيئاً جديداً من المواد القابلة للتأكسد غير أن التفسخ لا يستدعي فقدان شيء من الكحول ما لم يصل إلى درجة الاندفاعات الغازية . أما المواد الطيارة التي يكونها فإن رائحتها الكريهة تبقى بوجودها هذا فضلاً عن أنها لا تتأكسد إلا تدريجياً ويبطئ مع غليان شديد ولا يتجاوز مقدارها في جميع الاحشاء ١-١٥ سم . م ويسهل تجريدتها بالتقطير المتتابع مرة في الوسط الحامض (حمض المر أو حمض الفسفور) ومرة في الوسط القلوي (فحماء الصودا) إذا لم تمض على التفسخ مدة طويلة . أما إذا كانت الجثة في دور التفسخ الغازي فلا حاجة إلى المعايرة إذا لا تخلو النتيجة من الخطأ

ولحفظ الدم من الفساد إذا اقتضى إرساله إلى مخبر بعيد يضاف إليه من كيانوس الزئبق بنسبة ٤ غرامات بالألف . ومن حسنات هذه المادة أنها تمنع التفسخ أو توقفه ولا تتحد بالكحول ولا تكون في أثناء التقطير مسواد طيارة قابلة للتأكسد ولا تؤثر بكتلتها في كمية الكحول الموجودة في الدم .

وقد تستعمل لهذا الغرض أوراق مغموسة في محلول كيانوس الزئبق على أن يكون مقطع كل مربع منها (مساحته ١٠٠ سنتيمتر مربع) محتوياً على ٤٠ ستغراماً من تلك المادة وهو يكفي لحفظ ١٠٠ سم . م من الدم

النتائج - يتوصل من معايرة الكحول في الدم على الطريقة السابقة إلى

شئين : أولاً إلى معرفة درجة السكر التي كان عليها الشخص في أثناء موته ثانياً إلى كمية الكحول التي شربها في الساعات التي تقدمت موته

أولاً ، تشخيص السكر - ان ١-٢ سم . م من الكحول لا يكفيان

لاجداث السكر على قول نيكلو . اما السكر الخفيف فيحصل بـ ٣ سم م٠ من الكحول (بالالف من الدم) والسكر الشديد يحصل بـ ٤ - ٦ سم م٠ .
وابطال الحس القسسي (الخدر بـ ٧ سم م٠ والخدر التام بـ ٨٩ - ١٠ سم م٠ اما بلطزار فيقول :

ان ٢ - ٣ سم م٠ من الكحول (بالالف من الدم) تدل على حالة غير طبيعية في غير المدمنين لانهم اكثر انفعالا من سوامم من الكحول (لعدم اعتيادهم اياها)

وان ٣ سم م٠ فما فوق تدل على سكر خفيف
وان ٤ سم م٠ تدل على سكر تام سواء فيه دور التنبه او دور المشي التطوحي او دور الانحطاط حتى في المدمنين حقاً .

اما مقدار اقل من ٤ سم م٠ بالالف من الدم في الاشخاص المدمنين المزمنين فلا يدل على شيء لاعتياد عضويتهم الكحول . وكل مقدار يتجاوز ٤ بالالف يدل على ان الشخص مات وهو في حالة السكر .

واذا كلفن المقدار ١٠ سم م٠ بالالف وهو نادر جداً دل على موت بداء الكحول . الخاد كما يقول الاستاذ كوهن ابرست (Kohn Abrest)

اما موت المدمنين المزمنين فكثيراً ما ينشأ من البرودة التي تحصل في دور الانحطاط (من ضربة الدم الرئوي) او يكون ناتجاً من الآفات المزمنة التي يكون السكر ازامها سبباً ثانوياً موجباً . و يبلغ المقدار الكحولي في دمائهم ٤ - ٦ سم م٠ بالالف

ثانياً - معرفة كمية الكحول المشروبة - تستنتج كمية الكحول المشروبة

من قانون غريهان نيكولو الآف الذ كر ٠ فاذا كان وزن الجسم ٧٠ كيلوغراماً مثلاً فان ٢ بالالف من الكحول في الدم تدل على ان الشخص قد شرب قبل موته بقليل $٧٠ \times ٢ = ١٤٠$ غراماً من الكحول الصرفة او ١٦٥ - ٢ لتر من الخمر

على ان المقدار الكحولي الذي ينتج بمعايرة الدم بعد فتح الجثة ، اذا ضرب بوزن الجسم يحصل مقدار من الكحول الصرفة اقل مما يقتضي ان يكون قد شرب في الساعات التي تقدمت الموت وذلك لإطراح قسم من الكحول المشروبة او تحليلها على رأي بلطزار - لامبر

وقد شاهد الاستاذ كوهن ابرست في كثير من الوقعات التي حدثت فيها الموت من شرب كمية كبيرة من الكحول ما يؤيد رأي بلطزار اذ لم يجد مقدار الكحول بعد تحليلاته الدقيقة اكثر من ١٢ سم م٠

وهناك بعض عوامل لا يخلو ذكرها من فائدة وهي :

١ - تأثير كثافة الكحول : لكثافة الكحول تأثير في نتيجة التحليل اذ ان الاشربة القليلة الكحول (وهي التي تحوي ٣٤ بالمئة من الكحول كالجعة) تعطي مقداراً اقل من الذي ينتج بقانون غريهان - نيكولو بمقدار ثلث ٠ اما الاشربة الروحية الكثيرة الكحول وهي التي تحوي ٤٠ - ٥٠ بالمئة كالعرق والروم والليكور فانها تعطي مقداراً اعظم من الذي يستنتج بقانون غريهان نيكولو بمقدار ثلث على قول ميل (Miles) أو ربع أو سدس على قول سيمونان (Simonin) واما الاشربة المتوسطة الكحول وهي التي لا يتجاوز مقدار الكحول فيها ١٠ بالمئة كالخمر فهي التي ينطبق عليها دستور غريهان نيكولو كل الانطباق

٢ — تأثير انتظام الشرب: من المعلوم ان الشارب لا يسكر آنياً بل يكون ذلك على التدرج بمعنى ان الكحول في دمه تزداد شيئاً فشيئاً حتى تبلغ درجة السكر . على ان الشارب قد يجعل بين جرعه فترات طويلة (ساعة ونصف فاكثراً) او فترات قصيرة (ساعة فقط أو اقل) وهو الاكثر . فشراب كمية قليلة من الكحول بفترات طويلة لا يحدث ضرراً ما في العضوية .

اما الشرب الذي تتقارب فتراته فُيبلغ الكمية الكحولية في الدم المقدار الذي يبلغه فيها شرب الكمية ذاتها دفعة واحدة . وينطبق عليه قانون غريهان فيأكلو بصحة كافية .

واما الشرب الذي تتباعد فتراته فيزيد الكمية الكحولية في الدم بعد تناول كل قدح ازدياداً يتناسب مع المقدار المشروب .

٣ — تأثير البول : الكحول الداخلة للبدن لا تبقى كما هي بل يحترق منها قسم (٨٨ في المائة) ويطرح قسم آخر بواسطة البول (٧ في المائة) والرئة والجلد (٥ في المائة) ولما كان المقدار المطروح منها بالبول قليلاً جداً كان البول غير مؤثر في الكمية الكحولية في الدم تأثيراً يذكر^(١)

٤ — تأثير حالة داء الكحول المزمن : من الماشاهد ان الظواهر الشخصية في السكير كثيراً ما تنقص بتأثير الاعتياد . لذا يكون مقدار الكحول دماء المدمنين المزمنين أقل لبلوغ الحد الاعظم فيهم سريعاً وفقدان الكحول من

(١) يتم اطراح الكحول من العضوية الحية بعد ٢٠ ساعة . اما بعد اثني عشرة ساعة فقط فلا يبقى منها الا شيء قليل جداً (نحو ١٥٠ غرام بالتر) .

دمهم عاجلاً .

على ان نقصان الظواهر الشخصية الروحية في هؤلاء لا يدل على إلفة كما ان داء الكحول المزمن لا يكون سبباً يعتد به في تطبيق قانون بلطزار — لامبير^٥ — تأثير زمن التحليل : قد يظهر بادية ذي بدء ان يكون لزمن التحليل دخل في النتائج بحيث تختلف باختلاف زمن السكر ولكن الابحاث الدقيقة ايدت ان هذا الاختلاف ضئيل جداً لا ضرر في اهماله .

ففي الاشربة المتوسطة الكحول يزداد المقدار الكحولي في الدم في الساعة الاولى ثم يستقر حتى الساعة الخامسة وهذا ما يساعد الفاحص على تعيين الزمن المناسب الذي يبلغ فيه المقدار الكحولي حده الاعظم ذلك الزمن الذي يقرب فيه السكر ايضاً من حده الاعظم وتكثر فيه دواعي الموت كالحوادث والانتحار والقتل على اثر منازعة ، لفقدان العقل

اما في الاشربة الكثيرة الكحول فقد يطرأ عليها ما يستدعي خطأ فادحاً في نتيجة الحساب ولكنه لا يلبث ان يزول — بعد ساعتين من ختام الشرب — وتصبح الكمية الكحولية في الدم قريبة من الرقم الذي يستند اليه في حساب مقدار الكحول المشروب .

٦ — تأثير غرق الجثة وانغمارها في الماء : لتمدد الدم بتأثير الفعل الحيوي السريع تأثير في الكمية الكحولية اذ يخفضها مقدار $\frac{1}{5}$ الى $\frac{1}{9}$.

اما الابتلال او التمدد الناتج من استحالة جثية سريعة ومتروكة فيؤثر تأثيراً يختلف باختلاف العوامل التي انتجته والتي يصعب تقديرها في كل حالة من الحالات .

معرفة نوع الاشربة الروحية المتناولة

ليس من الصعب في كثير من الوقعات الاهتداء الى نوع الاشربة الروحية المتناولة بشرط ان لا يكون هالك مزيج منها وذلك من منظر المحتوى المعدي ورائحته ولونه لاسيما بفحصه الكيماوي السحي اما الخمر خصوصاً فتكشف بسهولة وسرعة بتحري عنصريين اساسيين فيها وهما حمض الطرطر والمادة الملونة

تجري المادة الملونة ٠ — توضع قطرة واحدة من المحتوى المعدي على ورقة ترشيع وتعرض وهي رطبة او بعد الجفاف على انخرة الامونياك فتخضر اللطاجة واذا عولجت بحمض الكلور هيدر او حمض الطرطر ينقلب اللون الى احمر ويمكن تطبيق هذا التفاعل على شيء من المحتوى المعدي موضوع في انبوب تجربة ٠

ليس هذا التفاعل على بساطته ما يعشى منه سوءاً على النتيجة لان هذا الكاشف لا يكون ايجابياً الا مع قشور العنب الاحمر والخوخ وعنب الذئب (groseille) والتوت الشوكي (framboise) والتوت الاعتيادي ٠ وكل منها يكشف بسهولة بفحص المحتوى المعدي بالعين المجردة ورؤية خثالاته

اما مادة الثوندرا الملونة فانها تتحلل بتأثير حمض الكلور هيدر تجري حمض الطرطر ٠ — اذا كانت الخمر بيضاء يتجري حمض الطرطر وذلك بكاشف دينجيس او بينارولا (Pinérula) ٠

تفاعل دينجيس ٠ — يمزج ١ سم ٠ م من مجلول الرزورسين (المخضر بنسبة ٠٢ / ٠) مع ١ سم ٠ م من حمض الكبريت ويؤخذ من المزيج نصف سم ٠ م

ويوضع في جفنة صينية ويسخن للدرجة ١٣٠ ويضاف اليه (بواسطة ماص دقيق) قطرة واحدة من السائل المعدي فيدولون احمر بنفسجي
تفاعل بينارولا - يحضر مزيج من حمض الكبريت وناقول ب .
ويطبق كما في السابق فيدولون ازرق ينقلب الى اخضر واذا اضيف اليه ماء يتحول الى احمر ضارب الى الصفرة

وبما ان حمض الطرطر يوجد في بعض الفواكه والخضروات بكمية اقل جداً مما في الخمر فلا بأس من تمديد المحتوى المعدي بالماء المقطر ٢٠ مرة او ٣٠ ثم تطبيق احد الكاشفين على شيء من هذا المحلول الممدد
والخلاصة يستنتج من كل ما تقدم :

انه من المستطاع تقدير الكمية الكحولية في الدم بطريقة نيكلو بسهولة وصحة اذا لم تكن الجثة اخذت بالتنسخ الغازي ولم يكن الميت قد انشق شيئاً من المخدرات كالاثير الكلورفرم قبل موته .

كما انه يمكن الاستدلال من معايرة الدم على درجة سُكر الشخص اثناء موته وعلى مقدار الكحول الذي شربه قبل بضع ساعات من موته (بخطأ قليل) خصوصاً اذا كان المشروب من السوائل الروحية المتوسطة على شرط الاتكون الجثة جثة غريق .

وكذلك من الممكن تعيين طبيعة الكحول المشروبة لاسيما اذا كانت خمرآ وذلك بتطبيق بعض الكواشف البسيطة على المحتوى المعدي
هذا ما رغبت في ذكره على صفحات هذه المجلة غسي ان ينسب اليه اولو الشأن في حل كثير من المشاكل التي تعرض لهم في اغلب الاحيان

التهابات ما حول الكولون المزمنة (١)

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

التهاب ما حول الكولون المزمن معناه التبدلات المرضية المكتسبة التي ينقلها الى الحلب المحيط بالكولون رض او تعفن او تخرش آلي او سمي . ونفسي جميع هذه التبدلات الى إحداث التصاقات او انكشاثات في الربط المعلقة ينجم منها انزعاج في انتقال غائط الكولون يستدعي التوسط الجراحي .

الاسباب : بين الاختبار ان المعالجة المضادة للزهرى قلما تأتي بفائدة في التهابات الحلب اللاصقة التي سنأتي على درسها .

وان تلقح القبعة بأجزاء مستخرجة من الالتصاقات او من العقد المريضة المنتزعة في سياق العمليات الجراحية المجراة في التهابات ما حول الكولون المزمنة لا يزال سليماً . لان هذه الالتصاقات تظهر في الغالب بعد العمليات المجراة على البطن فتسوق المريض في اليأس وتدفع به الى التنقل من عيادة الى أخرى طلباً للشفاء .

فتمت اجريت العملية وكانت البيئة عفنة سهل تعليل التهاب ما حول الاحشاء . غير ان هذه الالتصاقات تعقب ايضاً العمليات التي لا التهاب فيها حتى انها تلي فتح البطن الاستقصائي البسيط .

(١) ملخصة عن البحث الذي رفعه اردنوا من باريس الى مؤتمر الجراحة الفرنسي

السادس والثلاثين سنة ١٩٢٧

فما هو السبب في حدوث التهابات ما حول الكولون المؤلمة اثر العمليات التي لم يطرأ التعفن عليها ولم يهمل فيها اقل شرط من الشروط الجراحية ؟ اننا كلما تعمقنا في درس هذا الموضوع ثبت لنا ان تعليله امرٌ يستدعي التقصي والبحث في البيئة نفسها ولا سيما متى كانت حالة التهابية كامنة (اي التهاب كولون) لم ينتبه اليها لتعالج ومتى اذكي الالتهاب بالمسهلات وبغسل الامعاء قبل العملية وبعدها في وقت تكون به راحة الامعاء واجبة . ومن الاسباب المحدثة لالتهاب ما حول الكولون بعد العمليات الزحار المتحولي المزمن وركود المواد الفائضة في الكولون وكل التهاب خلب حاد يترك وراءه بعد ان يبرد التهاباً مزمناً حول الكولون . غير اننا نجد في الممارسة ان التهابات ما حول الكولون اللاصقة تظهر اثر النكس وعقب الهجمات الخفيفة الحدة الناكسة . ولهذا كانت ازالة مقر التعفن الاساسي واجبة متى كان نزعها ممكناً .

ولا بد من الانتباه الى هذه النقطة الاساسية وحفظها جيداً وهي ان عمل التفاعل الالتهابي حول الكولون والترب يستمر سائراً سيره ولو زال الالتهاب من العضو الذي كان مصاباً ذلك لان عاملاً جديداً بدأ بالتأثير نغني به التهاب الكولون الركودي (colite stasique)

ان جميع التعفّنات المزمنة او الخفيفة في المعدة او المرارة او الذيل الدودي او الرحم او جميع احشاء البطن والحوض قد تكون مصدراً لالتهاب حول الكولون في القسم الذي يلامس به المعى الغليظ الحشا الملتئمة او في قسمٍ بعيد عنها . اما انتشار هذه التعفّنات فيتم اما مباشرة او بشبكة الاوعية البلغمية تحت المصلية التابعة لجذوع الربط المعلقة وعقدها .

غير ان التهابات الكولون قد تظهر او تشتد في اشخاص خالين من اي سبب محرش او في من ازيل منهم هذا السبب (اي في من قطعت زائدتهم اذا كانت هي السبب والحق) فيظهر تفاعل الحلب في الجزء الملامس لهذا الالتهاب المستمر وتتكون اغشية كاذبة ولحم وتبدو انثناءات وجميع هذه الاسباب تحدث الر كود فيقع المريض في دائرة لا مناص له منها لان التهاب ما حول الكولون والترب يسبب الر كود والر كود يسبب الالتهاب ويزيده وخامة . وقد يكون سبب الر كود في بعض الاوقات حالة شاذة في الابعاء والحلب كلحم ولادية او انثناءات ناجمة من هبوط الاحشاء (هبوط الامعاء ، وهبوط السكاية) لحم لان « Lane » غشاء جاكسون « Jackson »

التشريح المرضي تصنف التهابات ما حول الكولون مع كثرة عددها خمس فئات بالنسبة الى منظرها .

١ - تصلب ما حول الكولون وهو يقع بيضاء تظهر على النقاط المتكثفة من جدار الامعاء .

٢ - تصلب الهدب الشحمية وإبهلاعها (scléro-lipomatose des fran- ges graisseuses المختلفة الهيئات) .

٣ - اللحم وهي اشكال متنوعة وكثيراً ما تكون سبب الاختناق .

٤ - الالتصاقات وهي :

أ - ليفية تجمع عضوين وتعملهما واحداً وتوحد اوعيتهما الشعرية دون ان تكون بينهما طبقة مصلية .

ب - مصلية وهي التي تتحد بها الوجوه المصلية ويبقى فصل احدها عن

الآخر ممكنًا متى عثر على السطح الذي يجب اتباعه لانه سطح لا أوعية فيه
 هـ - الانثناءات المصلية الغشائية الشكل المكونة من انثناء الخلب الجداري
 ويسهل التغلب عليها ودفنها متى عثر ايضاً على السطح المائل . وتصادف
 انكماشات والتصاقات وانثناءات على الربط المعلقة هذا عدا الاشياء الاخرى
 التي ترى على إطار الكولون غير ان منها ما هو كثير الحدوث ويرى كثيراً
 على اجزاء الكولون المصابة :
على القطعة الدفاقية الاعورية :

- ١ - الجلم : أ - لجام لان . يقع فوق الدفاق ويجر نهايته الى العالي .
- ب - اللجام تحت الدفاق الذي يجر نهاية الدفاق الى الاسفل ج - اللجام
 امام الدفاق والاعور الذي يضغط الزاوية الدفاقية الاعورية ماراً امامها .
- ٢ - انحرافات الزاوية الدفاقية الاعورية المشنجة مع التصاقات اضافية
 عديدة .

٣ - التهاب ما حول الكولون الغشائي وهو التصاقات مبسطة غشائية
 مختلفة المناظر ومتفاوتة الدرجات بمتانتها منذ الغلاف المصلي الذي وصفه جاكسون
 حتى انثناءات الخلب الجداري الاعورية التي لا اهمية لها .
حذاء الزاوية اليسرى : نجد ان الكولونين الصاعد والمعتز قد اتحدا كانهما
 مدفعا بندقية .

حذاء الزاوية اليسرى : يظهر التهاب ما حول الكولون بتصلب الربط
 الطحالية الكولونية والجدارية الكولونية اليسرى فيبدل الهذب الشحمية
 التي تنقلب لجمالاً حلقية ملتصقة فتخفي المعى .

ويشفي الرباط المعلق للكولون الزاوي ونفاقة الكولون الخلفية وينكمشان فيزيدان تزوي الزاوية .

هذاء السبن الحرقفي : حيث ترى المناظر المتنوعة التي كسفتها في الممارسة العمليات النسائية البطنية . واكثر هذه التبدلات دلالة تظهر هذاء الرباط المعلق : فان انشاءات الحالب تقصر الرباط المعلق والتهاب الرباط المعلق والسبن الانكماشية تضغط السبن عرضاً .

التبدلات المعوية : يستمد التهاب ما حول الكولون المزمن اهميته من التشو يش الذي يحدثه في وظيفة الكولونات . فقد يفضي بالتزوي والاختناق وسوي ذلك الى انسداد الامعاء الحاد او الخفيف الحدة وكثيراً ما يحدث فقط دعث معوي خفيف تال للركود وللتفاعلات التشنجية . وينتهي الامر بتوسع المعى فوق العائق لان المعى بعد ان يتفاعل مدة من الزمن معيصاً بنشاطه عما يقف في وجهه ين ولا يلبث ان يخضع للعائق الذي يعترضه . فتحدث ثلاثة تبدلات حسب اختلاف طبيعة الألياف العضلية المصابة : تمدد بسيط متى اصبحت الاليف العضلية الدائرية . والكولون المستطيل (dolichocolon) متى اصبحت الاليف الطولانية . وتوسع الكولون (megacolon) متى اصبحت الاليف الدائرية والطولانية معاً . ومتى زاد الركود واستمر امتدت تأثيراته الى البعد حتى ان الاثنى عشري يتمدد والمرارة تتوسع وتملي والمعدة نفسها التي تكون في بدنها صغيرة شديدة التنبه تن وتوسع وتهبط متى كان اللجام دقائياً اعورياً . ولا يد من التنبيه الى امر مهم وهو ان اجراء الكولون هذه المستحيلة هي في الحقيقة اقل تلقاً مما يدل ظاهرها لانها تستعبد وظيفتها ولا تعود مؤاسة متى ازيل

العائق الذي يزعجها ومتى دربت تدريجاً حسناً مدة طويلة . .

وقلما يصاب جزء من اجزاء الانبوب الهضمي بأفة مرضية شديدة دون ان يؤثر مرضه في الانبوب جميعه . فيجب والحالة هذه ان يعد التهاب ما حول الكولون والتهاب الثرب وما حول الكولون المزمان جزءاً من مجموعة التهابات نسميها التهاب ما حول الاحشاء المزمّن المتزايد .

الاعراض : تتنوع تنوعاً شديداً كما تتنوع الآفات المحدثة لها بمنشأها ومقرها وشدتها . فنانرى درجات متفاوتة منذ الانسداد الفجائي حتى تشوشات خفيفة متصفة بالشقيقة والخصر (angoisse) وعدا هذا فما من جهاز في البنية الا ويصاب برشاش التسمم والتعفن اللذين يحدهما الركود . فقد بدأ لرديناوا بذكر التهاب ما حول الاعور المزمّن الناجم من التهاب الزائدة آتياً على وصف العوارض الناجمة منه : التهاب الزائدة في الطفولة الذي كن عشر سنوات وربما عشرين سنة ولم تكن له اعراض واضحة ثم ظهر بعدها بعوارض الركود الناجمة من التهاب الثرب وما حول الكولون ومن انتشارهما السريع . ولا غجب فان الامعاء التي تلجمها هذه الالتصاقات تتألم وهي تنشط في الاجزاء الواقعة فوق العائق لكي تسير المواد فتميع بنشاطها عن الضيق الذي احداثه المانع وتبغى مباشرة على نشاطها ردحاً من الزمن حتى يأتي يوم تغلب به على نفسها فتفن وتوسع وتسترخي فتجتمع المواد فيها وتركد . وليس القبض مستمراً في نحالات كهذه بل تتخلله نوب ذرب . ولا يلبث ان يؤثر الركود في الاثني عشري فيبطئ سير المواد الغذائية فيقصف هذا الابطاء بما تدعوه

العامة « ألم القلب » ثم لا تلبث التخممة الاثني عشرية (dyspepsie duodénale) الحقيقية ان تتضح

واما المعدة فانها تلعب في البدء دور الاعاضة فتتقلص تقلصاً شديداً وتعود سريعة التنبه . وتبدو فيها الالام والقيء وتشنج البواب ولا يؤثر في تخفيفها النظام الغذائي ولا العلاج . لا بل تزيد الادوية في الطين بلة لانها تخفف نشاط المعدة فتتهن وينتهي الامر بتوسعها .

ولربما ظهرت قرحة في هذه المعدة السريعة التنبه الزائدة الافراز او في الاثني عشري المتوسع المصاب بالركود .

وغزارة اللعاب التي تكثر في هذه الحالات تفضي الى ابتلاع الهواء فالى ريج الكولون (aérocolie) وما ينجم منهما من العوارض المزعجة .

ويصاب الكولون في المنطقة التي يظهر بها التهاب ما حول الكولون بالتهاب ايضاً لان الركود يعيد محتويات الكولون سامة عفنة فتبدو التفاعلات التشنجية وتكمل هذه التشنجات طريقها حتى الشرج فتنتهي باحداث البواسير .

ولا تلبث هذه التعفنات الطويلة المدة ان تلتف الكبد فتصاب بالقصور ويغض الشحمات . وتصاب المرارة وبجاري الصفراء ايضاً بالالتهاب لان افراغ الصفراء يعود صعباً فتركد ويحدث الرمل الصفراوي .

وتصاب المشكلة (بنكرياس) ايضاً . ويهزل المريض وتضمحل عضلات بطنه فيؤدي ذلك الى هبوط الكلية اليمنى ويفضي استمرار التعفن والتسمم الى التأثير في وظيفة الكلية فتصاب بالقصور وتسوق المريض الى داء بريث . وتنشط فصية الكولون بسبب الركود وتمكن من المرور الى الدوران فتعفن

مسالك البول : احتقان بسيط وتبه مثاني مستعص ، ليلة دموية ، التهاب الحويضة والكلية وهو ما يسمى عرض هايز بوبه المعوي الكلوي (syndrome entéro-renal de Heitz-Boyer) الذي تستدعي مداواته معالجة الامعاء أكثر من معالجة جهاز البول .

وتظهر تشوشات تناسلية وحصر قلبي وتشوش النظم وتشوشات تنفس تصل حتى درجة الربو الانعكاسي وتشوشات عصبية في النهاية مستمرة ومتغلبة حتى انها تخفي الآفات الحقيقية وتدعو الى عدهو لاء المرضى المساكين كمصابين بالخور (neurasthénie) المستعصي

السير : بطيء جداً في الغالب لان التهابي الثرب وما حول الكولون المزمن يستغرقان عادة بضع عشرات من السنوات قبل ان يعودا غير محتملين . وقد تطرأ نوب حادة مع انسداد جزئي خفيف واتجاج العقد الماساريقية وانسكاب التهابي في البطن وقد تطرأ ايضاً نوبة انسداد فجائي شديد .

وتعلو الحرارة علواً كبيراً في بعض الاوقات وتبين معاينة الدم حيثئذ (اي في اثناء الهجمات الحادة) ان كثيرات النوى قد ازداد عددها . ويجب ان تجرى معاينات اشعاعية عديدة متتابعة لان تأخر المواد الغائطة عن السير قد تحجبه تفاعلات حرارية معيضة في الاجزاء الاخرى من انبوب الهضم فيجب والحالة هذه ان تعان كل قطعة من قطعات الانبوب الهضمي بدون استثناء . وقد بين لردينو اهمية هذه المعاينة باسهاب . وابدى الانواع السريرية الاكثر حدوثاً حسب مقر التهاب ما حول الكولون : مشهد التهاب الزائدة المزمن الذي يترتب على الطبيب ان يصدق فيه جيداً ويبحث في تحمليه لكي ينسب الى الزائدة مسا

يعود اليها وينسب الى سواها ما ليس محدثاً منها . ومشهد الركود الاعور يـ
الصاعدي الذي تغلب فيه الاعراض المسممة الناجمة من القبض الايمن ومشهد
التهاب ما حول الكولون عند الزاوية اليسرى الذي يميل الى سد الكولون وبؤلم
شديداً بانحباس الارياح في الكولون .

ومشهد التهاب ما حول الكولون الحوضي ومشاهد اخرى : كالالتصاقات
التالية لتعفن حاد واقع في الجوارم والورم الالتهابي والتهاب ما حول الكولون
الغشائي والتهاب الرباط المعلق والسين الحرقفي الانعكاسي والتضيقات حول
الكولون الحوضي .

التشخيص : قلما نرى مجموعة سريرية غنية بالاعراض كالتهاب ما حول
الكولون المزمن وقلما نجد مرضاً يصعب تشخيصه ويعسر تحليل اعراضه كما
يصعب هذا الالتهاب . ولا بد من معرفة التفاعلات العديدة والعراقل الكثيرة
التي تطرأ في هذه الافة وفقدان الاعراض الاشعاعية فيها . والآ تسوقنا النوب
المصحوبة بحمى الى الضلال فنظن ان الافة التهاب خلب حاد او سل خلبي
مستعجل فيجب ان تعاد نوب الانسداد الحاد او الخفيف الحدة الى اسبابها الحقيقية
وان ينفي فعل الطفيليات . وقد نضطر احياناً الى تمييز هذه الافة عن سل الاعور
او سرطانها فاذا شك في الامر وجب ان يفتح البطن للاستقصاء فيه . ويصعب
التشخيص ويعود دقيقاً متى اشترك التهاب ما حول الثرب والكولون المزمن
باعراض تخمة شديدة مع اعراض قرحة المعدة او الاثني عشري حتى انه يعسر
شديداً ان تعاد هذه الاعراض الى سببها الاول . يقول الاستاذ غوسه على سبيل
الحجاز ان كثيراً من قرحات المعدة هي في الزائدة

ولا بد من اخذ الاحتياط نفسه متى كانت الاعراض دالة على التهاب المرارة . وظهور التهاب الحوض والكلية والتهاب المثانة يجب ان يوجه انظارنا دائماً الى حالة الامعاء المرضية .

والشقيقة ونوب الكبد تدعونا الى التفتيش عن الركود المعوي المزمن . والتهابات عصب الورك والالام العصبية السادة قد تنجم ايضاً من التهاب ما حول الكولون .

وكم من المرضى الذين يعالجون لهبوط معدم او لتوسعها مع انهم مصابون فقط بالتهابات الثرب وما حول الكولون المزمنة .

فاذا قضت الظروف يجب الالتجاء الى عملية جراحية بعد ان تكون قد اخذت الاحتياطات اللازمة وفحص القلب والدم والبول ولم يكن ما يمنع اجراءها

المعالجة: تقسم قسمين واقية وشافية .

أ - المعالجة الوقائية: تقوم أ - بازالة مصادر التعفن لانه السبب الاول لالتهاب ما حول الكولون . وعليه يجب ان تقطع الزائدة او المرارة متى ثبت انها ملتهبتان . ومتى تأخرت العملية كثيراً لم ينجم منها تحسن يذكر لان التهاب ما حول الكولون والثرب يكون قد اشتد وتأصل فيستدعي ان توسع ساحة العملية وتفك الالتصاقات وتقطع الثروب المريضة وتتم هذه المعالجة الجراحية بمعالجة دوائية طويلة المدة .

ب - باخذ الاحتياطات الجراحية وذلك بتحضير المريض المعد للعملية تحضيراً حسناً وباستعمال الزرق في اثناء العمليات وبالامتناع عن استعمال رفادات خشنة او جافة في اثائها وعن مطهرات الفساد والعناية بستر الاقسام المعزاة من

الاحشاء بالخلب وبخياطة الخلب الجداري خياطة متناهية في الاتقان .

٢ — بالمعالجة الشافية : اما ان تكون العملية موجهة الى قطع زائدة ملتبته او الى مفاغرة المعدة بالامعاء او سوى ذلك فتصادف الالتصاقات الناجمة من التهابات الثرب وما حول الكولون المزمنة او ان تكون العملية موجهة الى فك الالتصاقات نفسها .

ففي الحالة الاولى يجب ان تقطع اللحم وتفك الالتصاقات المبذلة لمنظر الكولون تبديلاً ظاهراً وان يكن قد دار الحوار شديداً حول هذه النقطة وقال البعض بنكسها لان الرأي العام يسلم باجرائها .

واما العملية الموجهة الى فك الالتصاقات فلا يشار بها الا متى لم تعد هذه الالتصاقات محتلة ومتى خابت المعالجة الدوائية : النظام الغذائي والراحة الطويلة اشهرآ عديدة والابتعاد والاستحمام في الحمامات والاستحارار (diathermie) والاشعة تحت الحمراء والحجاري الغلفانية والتمرينات الحازية واللقاحات والاستعضاء آن الكبدى والمعشكلي . فمتى خابت جميع هذه الوسائط وجبت العملية الجراحية كلما كان التهاب الثرب وما حول الكولون ميالاً ميلاً متمايلاً الى الامتداد والاضطراب .

ويلج لردنوا بالدقة في تحضير المريض : يجب ان تجرى العملية بعد ان يبرد التهاب وان يعاين الدم (تعد الكريات البيضاء وتعرف صديقتها ودرجة التخثر والخب) ويعالج التهاب الكولون وقصور الكبد والمشكلة المرافق والخب .
وينظف الفم

ويشير بان يستعمل الاثير المسخن والممزوج مع الاوكسيجين في التخدير

بعد ان يحقن المريض حقنتين متواليتين من السدول .

فبعد ان يجرى شق متوسط فوق السرة وتحتها تعابن احشاء البطن جميعها معاينة دقيقة وتقرر الخطة التي يجب اتباعها . فاذا كان تحرير الالتصاقات حول الكولون ممكناً فكت الالتصاقات على ألا تترك سطوح معراة ولهذا يجب تسهلاً للعمل ان يفتش عن السطوح التي يسهل تفريقها . واذا اضطرت الحالة الى تعرية المصلية يجب ان ترمم بخياطة الخلب واذا كان هذا الامر متعذراً وجب ان يلجأ الى تطعيم السطوح المعراة بطعوم ثرية حرة .

اما الاعتناءات بعد العمليات فلها تأثير كبير في النجاح . وقد جربت عمليات اخرى اضافية كجعل الاعور وتبتيه غير ان فائدها لم تثبت ولم يزل الحوار حولها شديداً . واذا لم يكن تحرير الكولون من الالتصاقات التي تضغطه ممكناً وجب التفكير بالمفاغرات المعوية المعوية او بقطع بعض الاجزاء

اما المفاغرات التي اجريت فلم تأت بنتائج ثابتة هذا اذا استثنينا منها مفاغرة الاعور بالسين الحرقفي التي كانت لها فوائد لا تنكر . ومن اخطار هذه المفاغرة انها تحدث وهنا في القطعة التي لم تعد المواد الغائطة تجتازها فتكون لجم اخرى جديدة حول الكولون وتنتشر الى الجوار وقد تصل الى مكان المفاغرة فتضغطه . ولهذا كان نزع هذه القطعة التي حول عنها يجرى المواد الغائطة افضل من ابقائها . وقطع الكولون اما ان يكون جزئياً او تاماً . اما القطع التام فقد وجهت اليه انتقادات جمة لانه يخل بموازنة احشاء البطن . ولهذا كان الاتجاه اليه من باب الشذوذ ومتي خابت جميع الوسائط الاخرى البسيطة . فمتي شخص التهاب ما حول الكولون وكان التوسط الجراحي مشاراً به كانت

العمليات التي يجب علينا ان نختارها العمليات البسيطة حتى اذا خابت لجأنا الى ما هو اشد اخطاراً منها فكان علينا ان نبدأ اولاً بتحرير الكولون من التصاقاته وبقطع الثرب المتصلب ثم بمفاغرة الاغور والسين واخيراً بقطع الكولون الجزئي

...

هذا ما ورد في التقرير الذي رفعه لردنوا الى مؤتمر الجراحة ورغبنا في نشر لحة عنه كي لا تفوت قراء مجلتنا فوائده الجمّة . غير اننا ننصح زملائنا ان يطالعوا هذا التقرير المسهب الذي يقع في ١٨٥ صفحة لانه مفعم بالفوائد ولان لحة صغيرة عنه لا تكفي للاحاطة باطراف هذا الموضوع الجليل .



المصدر

طريقة حديثة في استحضار مرهم الزئبق

وضع هذه الطريقة العالمان بورداي (Borday) وجوردن (Gordan) والغاية منها هي الحصول على راسب دقيق جداً من الزئبق بترسيب احدى محاليل ملاح الزئبق ومزجه بخليط من شحم الصوف (اللانولين) والفازلين . ولذلك يجل في الحرارة ٢٥٠ غرام من الهلامين (جلاتين) و ٤٠ غراماً من الصودا الكاوية في ٢٠٠ سم^٣ من الماء ويضاف الى هذا المحلول بعد تبريده ٢٠ غراماً من الفورمول (محلوله $\frac{40}{100}$)

ومن جهة ثانية يحضر في الحرارة ايضاً محلول مؤلف من ٤٠ غراماً من ثاني كلور الزئبق (سلياني) في ٢٠٠ سم^٣ ماء فيصب هذا المحلول وهو حار في المحلول الاول رويداً رويداً مع التحريك المتواصل والاعتناء الدقيق فيغسل الراسب الزئبقي الحاصل مرتين بالماء ويلقى الراسب على ورقة الترشيح ثم ينقل وهو رطب باعتناء زائد الى هاون فيه ٢٥ غراماً من شحم الصوف اللامائي ويكمل الوزن بالفازلين الى ١٠٠ غرام ثم يمزج مزجاً جيداً حتى التجانس التام (ولا صعوبة في هذه العملية الا في مزج الراسب الزئبقي بشحم الصوف) ولذلك يجب ألا يترك الراسب يجف على ورقة الترشيح . تمكننا هذه الطريقة من استحضار مرهم زئبقي مختلف النسبة يبلغ مقدار الزئبق فيها ٦٠ في ١٠٠ واستحضارها سهل وسريع اما تأثيرها الطبي فهو عظيم بسبب انقسام الزئبق الى ذرات دقيقة جداً كما تقدم

سوكنة الجراح

استاذ فن الصيدلة والكيمياء

مقتطفات حديثة

ملخصة عن جرائد الغرب بقلم الحكيم شوكة موفق الشطي

استاذ في المعهد الطبي العربي

مداواة اسراع القلب الاشتدادي : (هوسلين Haesslin)

يقسم هرمن (Herman) اسراع القلب الى :

اسراع القلب الاذيني

اسراع القلب الشرياني البطيني

اسراع القلب البطيني

ينجم الاسراع من تنبه بعض مناطق القلب تنبهاً شاذاً ولا شك ان للجملة العصبية دخلاً كبيراً في هذا الامر

نقسم المداواة قسمين مداواة عرضية غاية تسكين النوبة ومداواة اساسية غايتها شفاء العلة ففي اثناء النوبة يجب السعي وراء تنبيه العصب المجهول لانه يعدل القلب . ويفيد ضغط الشرايين السباتية في هذا الصدد فائدة جلية وكذلك ضغط العين وعصب ما فوق الحجاب .

وقد تقف النوبة بشق المريض شهقاً عميقاً وبتمسيد رقبته . واستعمل المتنبعون وسائل أخرى منها وضع رفادات مبتلة ماء بارداً في النقرة وضغط المعدة وبلع برشانة كبيرة واحداث القيء والتشاؤب وغير ذلك وجرب البعض بضع العصب الودي في الرقبة وقيل ايضاً ان هذه العلة عرض لأمرض كثيرة مفرها اضطراب في البصلة او في الغدد الداخلية الافراغ (ولا سيما الدرقية) والجملة العصبية وقد ينجم من التراث العصبي

اما تأثير الادوية فمختلف . يأتي المفاجئين بنتائج حسنة ولكنها ليست ثابتة
يجوز ان يحرب الفيزوستغمين وحيداً او ممزجاً بالستروفانتين . وكانت
نتائج المداواة باليلوكارين والكافارين (ادرنالين) حسنة ايضاً

يفيد الكينين والكينيدين في هذه العلة لانها ينظمان حركات القلب ولا
سيما متى رافق الاسراع تشوش النظم . ويجوز متى خشي من وقوع القلب
في الوهط (collapsus) ان يستعمل الستركنين والديجيتالين والستروفنتوس ويجب
الان نسي الوسائط الصحية منها اجتناب التبغ وملازمة الراحة او الثمرن تمرناً
معتدلاً وراحة الفكر وملافاة قصور العدد الداخلية الاغراغ .

اما الانذار فتعلق بدرجة العلة القلبية وسببها وشدة البوب .

✽ معالجة حين تشمع المكبودين بكلورور الكلسيوم ✽

لثون بلوم وب كرليه (Léon. Blum et P. Carlier) .

بحث ل . بلوم وبانغ (Bang) سنة ١٩٢١ عن خاصة كلورور الكلسيوم

في تزيد بول المكبودين المضارين بالتشمع

فعالجا : آ — مريضاً مصاباً بحبن . تشععي فجرناه ١٢ غرام كلورور

الكلسيوم في كل يوم مدة خمسة ايام . ثم زاده المقدار حتى بلغ ١٨ غراماً واستمر

على تجزيه ذلك مدة ١٢ يوماً واوصيا المريض الا يدخل الملح في طعامه

وشرايه فازدادت على اثر ذلك كمية البول المفرغة من ٦٠٠ — ٨٠٠ سم مكعب

في اليوم حتى ١٠٠٠ — ١٥٠٠ — ٢٠٠٠ — ٢٨٠ سم مكعب في اليوم الواحد

فخف وزن المريض ستة كيلوات ونقص محيط بطنه ٤ سنتيمترات في خمسة

عشر يوماً .

٢- مريضاً له من العمر ٤٥ سنة مولعاً بالكحول أصيب بتشمع كبـد مع حبن غزير حتى انه اخرج منه حبن البول في ٥ تشرين الاول سنة ١٩٢٥ ٩ لترات ونصف اللتر فبلغ وزنه ٧٥ كيلواً ونصف ومحيط بطنه في حذاء السرة ١٠٩ ستمترات وكان يفرغ كمية من البول بين ١٠٠-٥٠٠ سم مكعب وكانت ترتفع حرارته حتى ٣٨,٦٥-٣٩,٦٥ فجرعاه ٣٠ غراماً من كلورور الكليسيوم في كل يوم مدة احد عشر يوماً فخف وزنه وكثر بوله وهبطت الحرارة الى الحد الطبيعي ونقص محيط بطنه فاصبح ١٠٢ ستمتر ثم انقطع عن المعالجة ٢ يوماً فنقصت كمية البول حتى ٥٠٠-٨٠٠ في اليوم فاعيدت المعالجة مدة اثني عشر يوماً (٣٠ غرام كلورور الكليسيوم في اليوم كما في السابق) فعاد التحسن ونقص الوزن فاصبح ٦٥ كيلواً وعاد محيط البطن ٩٠ ستمتراً

٣- مريضاً له من العمر ٦٢ عاماً دخل المستشفى في ٣١ ايار سنة ١٩٢٧ مصاباً بالتشمع الضموري ويء بطنه كمية كبيرة من الحبن فحمني عن الملح وحقنت عضلاته بـ ١ سم مكعب نوفزورول (novasurrol) ليكثر بولاه فلم يقد ذلك اقل فائدة بل ارتفعت حرارته فحقن بعد خمسة ايام بـ ٠,٦٠٢ من كيانوس الزئبق فلم يات ذلك بفائدة تذكـر فجرع ١٥٦ غرام كلورور الكليسيوم في ١٧ يوماً فزادت كمية البول حتى بلغت ٢٥٠٠ سم مكعب في اليوم ثم قطعت المعالجة عنه ستة ايام فهبطت كمية البول الى لتر فاعيدت المعالجة فتحسنت حالة المريض

يستنتج من المشاهدات الثلاث المذكورة ان :

١- كلورور الكليسيوم غير مسمم ولو اعطيت منه جرعات كبيرة .وقد

ينجم منه اسهال يقف متى انقطع المريض عن استعمال العلاج

٢ - تزداد فائدته بعد ان يقطع مدة ويعاد الى المعالجة

٣ - تأثيره في تزيد البول اعظم من تأثير المبولات الزئبقية (نوفزورول
كيانوس الزئبق) كما يتبين من مشاهدة المريض الثالث

وقد جرب بعض علماء السريريّات هذه المعالجة ولم تعد الفائدة التي ذكرها
المؤلفان وسبب ذلك يعود الى امرين :

الاول - هو ان المريض لم يحم عن كلورور الصوديوم حمية كافية مع ان
هذا الشرط واجب لا مندوحة عنه والاّ كان ضرر المعالجة اكثر من فائدها
فالامتناع عن الملح ضروري جداً ويسمح للمريض بأكل كل ٢٠٠ غرام لبن فقط
وبابطاطا والارز والبيض والفواكه واللحم

الثاني - هو اعطاء مقادير غير كافية من كلورور الكلسيوم ٤-٦ غرامات
على ان المقدار الاصغر الذي يجب اعطاؤه هو ١٠-١٥ غراماً ولا بأس في
ابلاغ المقدار الى ٢٥-٣٠ غراماً ويجب ان يستعمل العلاج مدة من الزمن
اكثر من ٢-٨ ايام

الاستنتاجات : ١ - ان كلورور الكلسيوم علاج مبول يفيد في افراغ
المياه المتراكمة في العضوية التي تعصي المداواة كحبن المكبودين

٢ - لا تتم فائدة هذا العلاج الانجمية المريض عن الملح حمية تامة
واعطاء مقادير كبيرة من كلورور الكلسيوم والثابرة على المعالجة مدة طويلة

٣ - يجب ان تراقب في هذه المعالجة كمية الماء المتراكمة ودرجة نفوذ الكلية



مداواة الهدام (داء البحر)

ستاركنستين (Starkenstein) : يعتقد ستاركنستين ان الهدام ناجم من تبنة التيه الذي يعمل على احداث افعال انعكاسية حشوية حركية وحركية وعائية ناجمة من العصب الودي وقد فكر في ان اللقاحين يفيد في هذه الحالة على ان يحقن منه تحت الجلد بثلاثة ارباع المغمرام الى مغمرام واحد ولا يفيد هذا العلاج متى اعطي داخلاً ولو كانت مقاديره كبيرة . هذا ولا يخلو اللقاحين من بعض المحاذير فمنها ما يزول باسرها مع المورفين ومنها ما لا يزول لذلك فكر ستاركنستين باعطاء الهيو سيامين (hyosciamine) او السكو بولامين (scopolamine)

تستعمل كافوراة (camphorate) المادتين المذكورتين لكي يستفاد ايضاً من فعل الكافور المسكن . وقد رأى المؤلف المذكور ان هذه المادة اعظم فائدة من اللقاحين واقل سمية منها .

وقد جرب اطباء البحر يون هذه المادة فلاحظوا ان فائدتها كبيرة تفوق الادوية التي استعملت في هذا الشأن حتى الان . يستعمل هذا العلاج المزوج داخلاً فتعطى منه حبيبات تحوي كل منها نصف مغمرام على ان تؤخذ حبتان في اول السفر

ومتى بدأ الهدام عاد استعمال الحبيبات صعباً لان المسافر يقي فلا بأس حينئذ من عمل فتيلة سكو بولاموهيو سيامينية فيها مغمرام من المادة المؤثرة ووضعها في الشرج . وقد اعطى الطبيب المذكور حبيبات غفلاً (inertes) مماثلة لها

ليعرف ما اذا كان للاقناع دخل في تسكين الهمام فرأى ان الحيات الغفل لم تأت بأقل فائدة وهذا ما يثبت ان هذا العلاج نافع في الحالة المذكورة

يعطى الاطفال في ٢٤ ساعة نصف حبة حتى السنة الثالثة من العمر
وحبة بين ٣ - ١٠ سنوات وحبة ونصف الحبة بين ١٠ - ١٤ سنة

ولا يفيد علاج بن . في الهمام فحسب بل في دوار المناطيد والطيارات
والقطر الحديدية والسيارات ايضاً

مداولة الاورام القرنيطة بالاقناع

ج . بونجور من لوزان (J. Bonjour) : لا يفيد الاقناع في التأليل فحسب
بل في الاورام القرنيطة والحليمية ايضاً فقد استشارت مريضة الحكيم بونجور مصابة بورم قرنيطي كانت عاجلته بأشعة X وبالكفي الحوروي فلم تشف وقد شغيت بالاقناع . ويعتقد ب . ان لدرجة الضغط في الاوعية تأثيراً في الحادث فضغط المصابين بالامراض الجلدية المذكورة شديد ويفيدم الاقناع لانه ينقص درجة التوتر ولا سيما الصغرى . وان الحالات التي تعصي الاقناع تسهل معالجتها بوصف ادوية خافضة للتوتر ومشاهدة ب التالية جزيلة الفائدة . غاد مريضة لها من العمر ثلاث عشرة سنة فرأى ان توترها شديد ولم يؤثر فيها الاقناع فاعطاها المورفين (ثلاثة ملغرامات في اليوم) كعلاج خافض للتوتر فنقص توترها . واخذت تأليلها بالشفاء . وهو يعتقد ان الاقناع مفيد لانه يعيدش . انكسارلت تحتية شوكية تعمل على تنظيم حالة الاوعية وهو يقول ان العقل والحس والاعوية تعمل معشوقة .

ويعتقد أيضاً أن بين الأورام الجلينية وأمراض القلب علاقة خفية فإن المصابين بالورم الحليبي يصابون بعد مدة ٢٠ - ٣٠ سنة بتظاهرات قلبية حقيقية. تعصي المداواة في الغالب وهذا يساعدنا على فهم اسباب الأورام الحليبية فهي اما طبيعية او روحية او كيمياوية وظاهرة او باطنة والعنصر الروحي هو الاساس في احداثها

مداواة خراج الرئة بمحقن باطن الوريد بالأوروتروبين
 ايتيميل أ. ج. كوتيف (A. J. Koptev). هذه الطريقة في عشرة اشخاص وداوى ستة اشخاص آخرين كما يداوى الخراج العادي فأت منهم اربعة واما الذين عولجوا بالأوروتروبين فلم يمت منهم الا واحد ولم تحسن الحالة في مريضين وشفي سبعة.

يبدأ بمحقن باطن الوريد كل يوم بنصف سنتيمتر مكعب فستستمر مكعب من مجلول نسبته ٤٠ في المائة. ويضاعف المقدار بعد ثلاثة ايام ملاحظاً درجة تحمل المريض وقد ترتفع الحرارة اثر الحقن فيجب الإبقاء بارتفاعها ويجوز ان يبلغ ما يحقن به للمريض يومياً ٤ سنتيمترات مكعبة. وتكفي عادة ١٠ - ١٢ حقنة لشفاء المريض. تفيد هذه المعالجة ولا سيما في الاولول الاجدادية اما إذا كان الشخص مصاباً بغضزينة او بيضة سل رئوي فنعود هذه المعالجة قليلة الفائدة.

❖ اسقاط الحصبة بـكلور مائية الكينين ❖

الإستاندازون فيدرويش (Fiederovitch):

ان للحصبة علامات منذرة يجب ان تبه الطبيب الى اسقاط الالات بـكلور مائية الكينين على رأي ف. وتبقى فائدة هذا العلاج جزيلة حتى متى ظهرت الحمى

فتعود وطأتها بعدئذٍ خفيفة فلا ترتفع الحرارة كثيراً ويقصر دور الاندفاع ويقل خطر العراقل ولا يعود وقوعها كثيراً

يستعمل ف ٠٤٠٣ - ٠٤٣٠ كل يوم حسب السن ٠ وإذا لم يكن وصف العلاج بطريق الفم ممكناً يفضل وصفه فتائل في الشرج .
معالجة الكزاز

يداوي استاذ السريريات في جامعة غراز (Graz) الحكيم هابرر (Haberer) المذكور: ببزل نخاعه ويخرج من السائل الدماغي الشوكي ١٠٠ - ٢٠٠ سم مكعب ثم يحقن النخاع ب ١٠٠ - ٢٠٠ سم مكعب من المصل المضاد للكزاز ولا يمكن بزل القطن الا بعد تخدير المريض بالايثير وتكرر الحقن مرة كل يومين و يحقن شرج المريض وتجري بعد هذا حقنة شرجية فيها ٣ غرامات من الكلورال ثم يحقن بعد ساعتين بحقنة شرجية ثانية مركبة من ١٠٠ غرام من محلول كبريتاة المغنيزيا الخمسي ثم يحقن تحت الجلد بعد ساعتين ايضاً ب ٠٠١ - ٠٠٢ مورفين وتكرر هذه المعالجة بعد اربع ساعات اخرى ومجموع ما يتناوله المريض في اليوم ٩ غرامات كلورال و ١٨ غرام كبريتاة المغنيزيا و ٠٠٣ - ٠٠٦ مورفين ويثابر على هذه المعالجة حتى زوال الاعراض الخطرة العامة :

عالج ه ٤٥ مذكوراً منذ سنة ١٩٢٤ الى سنة ١٩٢٧ فلم يمت منهم الا ثمانية اي ان نسبة الوفيات في سريباته عادت ١٨ في المائة وقلة عدد الوفيات في هذا الاحصاء دليل على ان هذه الطريقة في المعالجة هي افضل الطرق وسيكون لها مقام رفيع في مداواة المكروزين .

مقتضيات عما يقال ويعمل

في سريريّات حنا لويس فور (J. L. Faure)

« V »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر وشوكة موفق المشطبي

اشعة X : طريقة بكلار (Beclère) هي اقدم الطرق وتقوم باشعاع مقادير جزئية
تتكرر مرة في كل اسبوع ١٢ - ١٥ جلسة

وهناك طريقة اخرى وهي طريقة اشعاع مقادير كبيرة دفعة واحدة وانتهى ما يتحمله
الجلد مرة واحدة هو الاشعاع مدة ٤ ساعات في خلال ثلاثة اواربعة ايام على ان تنفذ
الاشعة من خمس فوهات ثلاث في الامام واثنين في الورا

الراديوم : يستعمل من ملاحه كبر يشاة الراديوم غير المنحلة لان استعمالها اسهل
من استعمال البرومور ولكن اخطاب تعابير برومور الراديوم تسهيلات للحساب

والترشيح في هذه المعالجة مهم جداً لكي تمر الاشعة النافذة فقط المتصفة بصفة اختراق
النسج بعيداً عن البؤرة المركزية . يحفظ راديوم في انابيب من بلاتين كثافتها
مللمتر واحد وتغلف كل من هذه المراسح بورقة الومنيوم توقف الاشعة التالية التي تأتي
من البلاتين - ويحاط كل هذا بمرشحة مصنوعة من صمغ كثافتها مللمتر او من مطاط
خالٍ من الاجزاء المعدنية كثافته مللمتران .

وليس الجهاز على الرغم من كل هذا كثيفاً كثافة تمنع ادخاله في الرحم لان ايلاجه
فيها سهل للغاية اما تركه فيها فثلاثة الى اربعة ايام

ومنى ارتفعت حرارة المريضة دل ذلك على احتباس المفرزات فيوجب نزع الجهاز
ويفضل ان تستعمل هذه الانابيب بعد ان يكون قد انقطع النزف

ومنى كانت الرحم نازفة وكان يخشى تقلصها وقذفها لأنابيب الراديوم يجب الانتظار
ريثما يهجم هذا الدور وعلينا ان ندك الرتج المهبلي جيداً بعد وضع الانابيب لكي نمنع خروجها
والا عذفت الى المهبلي فلا تكون الرحم قد عولجت بل المهبلي قد احترق

يعالج تلك المصابات في مستشفى بروكا (Broca) باشعة X او الراديوم ويشفي منهن ٩٦ في

المائة ويمالج الثلثان الاخران بالعمليات الجراحية
 الموت على اثر العمليات : يقع بنسبة ٥ في المائة والنقطة السوداء الخطيرة هي الصمامة الرئوية
 فتحي عت حرارة المريضة بعد استئصال ورمها الليفي نحو اليوم السادس وجب البحث عما
 اذا كان في الجدار خراج والاوجب تحري علامات التهاب الوريد الصغيرة : وهي
 الوذمة في الكعوب والالم في الحماة (mollet) وانسكاب سائل في مفصل الركبة . فاذا شك
 في الامر وجب منع المريضة عن الحركة . واخطر شديد في التهاب الوريد
 الخفي الذي لا يشعر به . واما اذا شخص التهاب الوريد فلا يقتل لان خطره بدرأ
 بالمعالجة ويجب تثبيت طرف المريضة في ميزابة ٢٥ يوماً متى ثبتت اصابتها بالتهاب الوريد
 ولا يبدأ بالتمسيد اللطيف الا ١٥ يوماً بعد نزع الميزابة ولا تحرك المفصل الا في
 اليوم الخمسين

ومضى شكنت المريضة بعد ٨ — ١٠ ايام ألم جنب والتهاباً خفيفاً بالقصبات شك في
 اصابتها بالتهاب الوريد وخشي خطر الصمامة فلا يجوز تحريكها
 الفشاعات المدمة (crachats hémoptoïques) : تدل على صمامات صغيرة والتهاب
 خفي في الوريد .

وتحدث هذه الصمامات الصغيرة جناباً في اكثر الاوقات وتموت المريضة بسبب الصمامة
 او بسبب التعفن
 ان دفاع خب المصابات بالورم الليفي الذي لم يعرف الجراثيم مطلقاً ضعيف اذا قيس
 بخب المصابات بالتهاب الملحقات . ويصعب ان تعرف مقدمك وطأة الجراثيم المتساقطة مع
 الغبار في بطن مفتوح
 اما العمامة فنادرة في عمليات التهاب الملحقات والسرطان وهي على العكس الخطر
 الدائم في الورم الليفي .

الورم الليفي والحمل : اختلفت اراء المولدين والاختصاصيين بامراض النساء في هذا
 الصدد لان الحمل يعرقل الورم الليفي عرقلة خطيرة
 يفضل المولدون انتظار الزمن القريب من السلة (وقت الولادة) ليروا ما اذا كان
 الورم يبدل مقرر لان الوقت ينفسح دائماً لاجراء العملية القيصرية متى . مسيت الحاجة .
 واستئصال الرحم بعدها .

ويعتقد حنا لويس فور ان ترك الحمل وشأنه غير جائز الا متى استقر الورم الليفي في قعر الرحم . واما اذا كان الورم في الحوض والجنين في المرحل او في القعر فتكون الولادة صعبة . والحمل المتحجب بورم ليفي يعد خطراً عظيماً يهدد حياة الحامل وليست العملية القيصرية في هذه الحالة بسيطة وعادية لان الرحم لا تنكش فتنزف فاذا تركت الرحم والورم الليفي فيها تعفن الورم واذا استئصلت الرحم فلا ينجوا استئصالها من الخطر الشديد . والقصرية في الرحم المصابة بالورم الليفي تنفي في الغالب الى موت الوالدة والولد معاً فحياة الولد والحالة هذه مهددة بالخطر في كل حال فيفضل حنا لويس فور ان يختار اخف الشرين فيضحي بالولد وينجي الوالدة باجراء العملية قبل الشهر الرابع من الحمل . ولم تبطل الطرق الحديثة استئصال الرحم القسعي فهو لا يزال مستعملاً في كثير من الاحوال غير ان الطرق الحديثة سلبته جميع الحاديات الحسنة التي يتقرر بها النجاح ولم تترك له الا الحوادث السيئة المصحوبة بالتهاب الملحقات والالتان والموات وسوى ذلك

ومع كل هذا فان المداواة باشعة الراديوم X معالجة استثنائية تحتاج الى مدة طويلة وقد لا تقضي الى نتيجة حسنة والتوسطات الجراحية هي المعالجة المعتادة

ولم تعد طريقة الربط المضمرة مستعملة

وقد قلّ جداً عدد الحاديات التي تعالج بقطع الورم وحده

وليعلم ان الورم الليفي الذي يبقى نازلاً على الرغم من اجراء المداواة الشعاعية نهنأ ليس ورماً ليفياً صرفاً، وان الورم الليفي الذي ينمو بعد الضهي و ينزف ليس ورماً ليفياً بل سرطاناً في جسم الرحم وان الورم الليفي الذي ينمو في شابة لها من العمر ٢٠-٢٥ عاماً هو ورم غفلي واستئصاله واجب وان الورم الليفي الذي ينمو بعد الحمل هو ورم نفعن واشعة X فيه نذير الموت .

اكياس المبيض (Kystes de l'ovaire)

نذكر منها :

الاكياس الكبيرة : هي اكياس نظيرة الخياط — التي تنمو من بشرة المبيض

السائرة المنغلقة .

الاكياس الصغيرة : تنمو من اجرية دوغراف و يكثر عددها في مبيض واحد فتكون مرضاً عجيباً وهو التهاب المبيض التصليبي الكبسي (ovarite sclero-kystique) وليست هذه الحالة النهائية بل ناشئة من سوء النمو ويتبع سيرها دورين ممتازين .

١ — دور احتقان : تكرر الاباضة ، غزارة الحيض ، اشتراك الرحم بالاحتقان فيكبر

حجمها ويزداد حسها

٢ — دور تصلب : يتصف بالالم تكبر به الاجرة و يقف نموها عوضاً عن ان تنضج وتنبثق فتكون كيساً واحداً فكيساً آخر . وهكذا دواليك حتى يعود المبيض محسوراً بهذه الاكياس يستمر الدور الاول ٥ — ٦ سنوات واذا تزوجت الابنة كانت عاقراً ثم يأتي دور

التصلب والالام . فيختل حينئذ نظام الحيض وقد تنقص كميته

والمقم هو القاعدة في هذه العلة : وذلك لان البيضات لا تصل الى النضج فلا

تعود المرأة لقوحة

المحصن : يدي لنا ان الرج الخلفي مؤلم وان المبيضين كبيران : مؤلمان الا انها يتحرران تحت الاصبع (وتبدو هذه العلة عادة في الطرفين وتكون في الجهة اليسرى أشد) لانه لا عوامل النهائية تلصقهما او تثبتهما

واذا اجست ناحية للمبيض كانت مؤلمة وقد يكون المبيض مؤلماً لأقل لمس وغير مؤلم

اذا مسك بالاصابع .

الاعراض : متنوعة بسيطة وقد لا يكون فيها غير الالم فيظهر بمظهر عسر الطمث

وهذا هو الاكثر حدوثاً واذا بدا قبل الطمث كان مسبباً من احتقانات المبيض وانشاء

الرحم الى الامام

وقد تبدو بعض اضطرابات انعكاسية هضمية يجب تمييزها عن الاضطرابات المعدية

الموعية والتهاب الزائدة .

المداواة : طبية في دور الاحتقان وفي الفتيات من ١٨ — ٣٠ سنة

و يجب ان تميز هذه العلة عن التهاب المبيض والملاحقات

فاذا لم يكن تمفن كانت الحقن الشرجية الملوونة (laudanisés) مع غوام التبرين

او الفتائل المفاجية خيراً ما يصنم لتخفيف الالم او يعطي المركب الآتي :

من كل ٥ غرامات	{	خلاصة الهامليس السائلة	بين الطمخين
		خلاصة الهيدراستيس السائلة	
من كل ٢ غرام	{	صبغة القيرونوم برونيغوليوم	
		صبغة الانيمون (anémone)	
١ غرام		صبغة الانسون	

تعطى ٣٠ قطرة كل يوم مع قليل من الماء المحلى قبل طعام الظهر . ويجوز ان يزداد المقدار حتى ٥٠ قطرة . (يدأوى الورم الليفي النازف قليلاً بالعلاج نفسه) وقد جربت خلاصات الغدد : ولا بد من الحيلة في استعمالها : فالجرعة القصوى منها في بادئ الامر هي خمسة سنتغرامات

و يعنى بالحالة العامة (الحرض العصبي neuro-arthritis) و مراعاة قواعد الصحة وبالرياضة البدنية المعتدلة

ويشار بالاستشفاء في حمات لوكساي (Luxueil) و بارمبيار (Plombières) وشاتل غيون (Chatel Guyon) متى ظهرت اضطرابات معوية .

وينصح البلغمي المزاج بالاستشفاء في بيارتز (Biarritz) وسالي برون (Salies de Bearn) واذا ظلت المرأة تتألم على الرغم من ذلك كله وشكت آلاماً عصبية شديدة جداً تعصي المداواة

{ عمليات اقتصادية (op.conservatrices)
استئصال تام (op.radicales) } وجب الالتجاء الى العمليات الجراحية

ويجوز ان تجرب العمليات الاقتصادية اولاً ما امكن : الكي النقطي (ignipuncture) فيكوى كل كيس على حدة والاستئصال الاسفيني الشكل واستئصال مبيض واحد .

غير ان هذه العمليات لا تحسن العلة التحسيناً موقتماً . وتستدعي الحالة واشتداد الألم بعد ستة اشهر استئصال الرحم

الاكياس الكبيرة (gros kystes) : اهمها الاكياس نظيرة الخياط الكيست (kystes mucoïdes) وهي مذنبية في الغالب تنمو اولاً في الحوض ثم مريماً حيث تكون وربما ثم تصعد الى البطن حيث تكون وربما ايضاً والحذر من خلطها بامتلاء المثانة فيزال

الشك بالفترة ويميز هذا الورم عن أورام الكبد بوضوح المريضة في وضعة مائلة
 الاكياس الحوضية : متى كانت مكتنفة او ملتصقة شابهت اشياء كثيرة وكان تشخيصها
 صعباً قد يضطر الطبيب الى بزل دوغلاس بغية الاستقصاء فبها وتجري العملية بعد
 البزل مباشرة وحذار من الانخداع بقوام الورم : لان الكيس المتوتر يشابه قوام ورم صلب
 ولا سيما متى كان متعدد الجيوب فيميز الكيس عن الورم الليفي ببقاء الطمث في الاكياس
 المبيضية طبيعياً في الغالب دون ان يزداد لابل ينقص وقد ينقطع .

وهناك نوع عجيب معرفته وهو الشكل النامي الذي يمتاز بالحبن : وهذه الاناميات اورام
 حلسمية سليمة في الغالب ومنها ما يكون سرطانياً مثبتاً بالخبر . وكيس المبيض معرض في اثناء
 سيره لبعض العراقل كالانفتال (torsion) او التمعن (infection) وهذا ما يدعو الى
 استئصال الكيس متى شخص دون ابطاء

والانفتال مزمن : بسبب أنزفة في الاكياس بانثاق الاوردة وانشقاقها
 او احاد وهذه الحالة خطيرة تستدعي التوسط الجراحي السريع ويخشى في الانفتال الحاد
 ان يغمز في الكيس فينشق ويتزف الدم في الخلب نزفاً غزيراً خطراً
 وكثيراً ما يلائس الكيس المنفتل بالنهاب الزائدة فيجب الانتباه والانشقاق قليل
 الوقوع يعقب عادة الانفتال الخفيف .

اما التقيح فيأتي من احد التفيرين غالباً ويجعل العملية صعبة
 ونجد عدا الاكياس الطويلة الذنب الاكياس النامية في مل الرباط العريض
 الاكياس نظيرة الجلد (les kystes dermoïdes) تبدو منذ الولادة وتنمو بعدها
 فتسبب وتكون اوراماً في جانب الرحم وهي قليلة التحرك تنمو امام الرباط العريض نحو
 المثانة . ويقع كيس المبيض خلف الرحم في البدء وراء الرباط العريض وهو يستدعي العملية
 الجراحية بدون ابطاء .

الاكياس حول المبيض : هي اكياس واقعة في مل الرباط العريض استئصالها صعب
 لان اعضاها رقيقة .

ويستند في تشخيص الاكياس على قوام الكيس
 فاذا كان قاسياً شخص انه نظير الجلد

واذا كان رخواً حكم انه حول المبيض

- ويجب ان يميز الكيس عن الحمل خارج الرحم وعن تقيح المالحقات .
 - ويكون الكيس الواقع في الرباط العريض ثابتاً لا يتحرك كالسرر .
- المداداة الجراحية هي :

الاكياس المذنية : ربط الذنب ربطاً وثيقاً لان الخطط يتزلزل ويجب ان يفحص
يض من الجهة الثانية قبل اغلاق البطن خشية ان تكون الافة مضاعفة

الاكياس الملتصقة : صعبة تجري فيها عملية التقشير (decortication) او خياطة جدار

الكيس بالجلد (marsupialisation)

الاكياس النابتة : تترك النابتات الملتصقة بالامعاء الدقيقة وشأنها ويجب سلف كل
حال فحص هذه الاكياس فحماً نسبياً فاذا كانت اوراماً حلجية تركت وشأنها واما
اذا كانت سرطانية فتعالج بالاستئصال مدة طويلة من الزمن

الاكياس المنفتلة (kystes tordus) يجب التوسط الجراحي فيها بسرعة والاستئصال

اورام المبيض الصلبة : هي اورام مضاعفة تندو في سن اليأس بعد انقطاع الطمث

فهي اورام الشيفات .

وبعضها متحرك سليم يستمر على هذه الحالة — اورام ليفية — والبعض الاخر يتحول
الى سرطان او ايتلوما أو ورم عقلي .

ولهذه الحالات دوران

يستقر السرطان في الدور الاول في المبيض — ولا يكون ملتصقاً فيستأصل وتشفى المريضة
ومنى كان ملتصقاً كان النكس مقررأ مهما كان الالتصاق خفيفاً ويلبس هذا السرطان بسرطان
المستقيم والسبن الحرقني فيجب وضع التشخيص باضاعة المستقيم .

اورام	اورام المبيض الليفيه
$\left\{ \begin{array}{l} \text{سليمة} = \text{ورم ليفي} \\ \text{خبيثة} = \text{ورم عقلي} \end{array} \right.$	الاورام العنقية : تنمو في الفتيات بسرعة غريبة
ايتلوما خبيثة سيرها مريم جداً . اورام هجائية (teratome)	السرطانات : تصيب المسنات وهي مضاعفة . حين

اورام مضيئة : هي اورام تشابه الغلوقات الحية المشوهة
كيس المبيض والجل : ليس نادراً . يخلط بالانتقال والانتفاق والانزفة
 ويصير الولادة .

ومنى شخص كيس المبيض وجبت معالجته معالجة جراحية كانت الانثى حاملاً أولاً .
 وكثيراً ما يكمل الحمل سيره كأن لم يكن شيء .
 فإذا أجريت العملية قبل الشهر الرابع كان الجسم الاصفر مفيداً فإذا استئصل في
 الجانبين أسقطت المرأة
 أما إذا أجريت بعد الشهر الرابع فلا يعود الجنين محتاجاً الى الجسم الاصفر واستئصال
 المبيضين يصبح جائزاً .

يسد الكيس في أثناء الولادة الجرى فيجب بزله . وهذه هي الحالة الوحيدة التي يسمع
 فيها بإجراء البزل (بطريق دوغلاس)

النتائج : يستأصل الكيس منى شخص بدون ابطاء

يستدل على حوول الكيس وخبثه بازدياد حجمه اذ يبدأ فجائياً وزوال حركته
 فلما ينجم من كيس المبيض حوادث انضغاط او دنف او اضطرابات قلبية
 اذا عولجت اكياس المبيض بالاشعاع اخطرت وأتقلبت اوراماً خبيثة
 (للبحث صلة)



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٢٨ م الموافق لذي الحجة ١٣٤٦

اعراض سحائية متكررة في حامل قديم لا كياس المتحولات

للحكيم تراهو استاذ السريريّات الباطنة في معهد الطب
وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

كان للحالات السحائية في هذه السنوات الاخيرة نصيب كبير من الاهتمام
والتنقيب المتواصل وقد كشف من اسبابها عدد عديد لم يكن معروفا فيما
مضى غير ان داء المتحولات المزمن (amibiase chronique) لم يذكره احد
حتى يومنا وقد رأينا في ايراد هذه المشاهدة بعض الفائدة لقراء هذه المجلة

.....

دخل محمد ٠٠ المستشفى العسكري في دمشق مرة اولى في ٢٩ كانون الثاني سنة
١٩٢٧ وتُشخيص مرضه (حالة حمية) ولم تكن حرارته مرتفعة الا بضعة اعشار الدرجة
غير ان الاعراض الاخرى كانت شديدة وبائية لارتفاع الحرارة الخفيف فقد كان تصلب
قعرته شديداً وعلامة كرينغ ايجابية والخوف من الضياء بالغاً اقصى درجة شدته حتى ان

المريض كان يطلب بالراح ان ينقل من القاعة التي هو فيها لان نوافذها كبيرة ولانه لا سيجف على تلك النوافذ تمنع النور عن الدخول فاجيب طلبه ونقل من القاعة وبزل قطنه نظراً الى الاعراض السحائية التي كان مصاباً بها على الرغم من هبوط الحرارة . فخرج السائل الدماغي الشوكي متدفقاً تدفقاً وكان رائعاً فيه ٠٤٣٠ . سنتغرام آحين و٠٤٣٠ . سنتغرام سكر وكان تفاعل الجاوي الغروي طبيعياً وتفاعل واسرمان سليماً وكان عدد البلغميات التي عدت بحجرة ناجوت ٠٤٩ في الملمتر المكعب .

ولم تكن في دمه حيويينات دموية ولا سواها من العوامل المرضية وكانت حالته العامة حسنة واجهزته السائرة سليمة وطعاله كذلك ولم تبد في غائظه بالفحص المقصود ييوض ديدان .

وقد كان للزل القطني فائدة عجيبة لان الحالة السحائية زالت فترك المريض المستشفى في اليوم السابع عشر وحالته الظاهرة حسنة دون ان يتناول علاجاً .
غير انه لم يلبث ان عاد اليها في ٢١ شباط اي بعد خروجه بسبعة ايام وقد شخص مرضه هذه المرة (حالة سحائية) .

فبدأ انا حين فحصه ان تصلب النقرة كن اشد من المرة السابقة حتى انه كان يمنع المريض عن اجراء اقل حركة عطف او دوران وكانت علامة كرينغ ايجابية والخوف من الضياء شديداً بدون اضطراب الحدقتين والافعال المنعكسة طبيعية والحس والحرارة كذلك الا انها حين دخوله للمستشفى كانت ٣٨ .

فبزل قطنه ثانية فلم يتدفق السائل الدماغي الشوكي تدفقاً كما في الحالة الاولى بل انصب قطرة قطرة وكان صافياً وكان تفاعل الجاوي الغروي طبيعياً وواسرمان سليماً وتركيب السائل من الوجهتين الخلوية والكيمياوية طبيعياً ولم تبد ييوض ديدان في الغائط فعن لنا ان تحرى داء المتحولات فيه ففرغنا من المريض انه كان قد اصيب باسهالات فعائنا غائظه بطريقة كارلس فبدأ فيه عدد عديد من ايكياس المتحولات ولم يكن للزل القطني هذه المرة الفعل العجيب الذي احدثه في المرة السابقة لان تصلب النقرة خف دون ان يزول .

وحر كات الرأس من عطف ودوران عادت ممكنة غير انها ظلت مستعصبة حتى كأن العنق فقد مرونته والرأس قد سمر بين الكتفين .

عولج المريض بعد كشف أكياس المتحولات المعالجة المضادة لهذا الداء فحقن وروده بالارسنو بنزول (٠.٣٠) سنتغراماً كل اربعة ايام حتى بلغ المقدار ٣ غرامات (فبدأت التقلصات العضلية تخف رويداً رويداً وحركات الرأس تتحرر ويمكن المريض من الوقوف بعد اسبوع ومن التغذي والتنزه وبقي المريض تحت المراقبة شهرين فزال أكياس المتحولات من غائطه منذ آخر اذار ولم تعد الاعراض السحائية الى الظهور حتى ٣٠ نيسان اي حتى تاريخ تركه للمستشفى .

.....

لقد كان صعب علينا جداً ان نفكر في داء المتحولات^٢ ونحن ازاء حالة سحائية كهذه بدون حمى لو لم تكن مشاهدات اخرى سابقة كانت قد نبهت افكارنا الى مثل هذا الامر .

فاننا قد رفعنا منذ عهد ليس ببعيد الى جمعية علم الصحة وامراض البلاد الحارة مشاهدة عن الانواع الشاذة في داء المتحولات وقد نشرت هذه المشاهدة في مجلة علم الصحة والامراض الغريبة الجزء الخامس ايلول وتشرين الاول سنة ١٩٢٥ وبيننا بها ان داء المتحولات يؤثر في الخلايا العصبية البعيدة دون ان تكون المتحولات مستقرة فيها

وليس فعلة في السحايا مما يشك فيه ايضاً لان قراءة بعض المشاهدات التي جمعناها مع زميلنا الحكيم لويس عن النوع التيفي الكاذب من داء المتحولات ورفعناها الى المؤتمر الذي عقد في غند تبين ان بعض المرضى الذين ذكرناهم في ذلك التقرير قد ظهرت فيهم عوارض سحائية شبيهة بالاعراض التي اصابنا مرضنا هذا كتصلب النقرة والخوف من الضياء والصداع المؤلم والقيء . فليست هذه المشاهدة اذن وحيدة في بابها بل هي نوع جديد دماغي

سحائي من داء المتحولات سببه الذيفانات السائرة بطريق الدوران والمؤثرة في الخلايا الدماغية مع ان العامل المرضي اي المتحولات بعيد عنها وسنكرس لهذا البحث درساً مقبلاً .

فالغاية من هذه المشاهدة التي رفعت الى جمعية الامراض العصبية وهي وحيدة في بابها دعوة المنقبين الباحثين الى سلوك طريق لم يسلكه احد حتى الان نعني به فعل المتحولات البعيد في المحور العصبي الشوكي وحمل الاحيائيين على الاعتقاد بذيوانات المتحولات

فهذه المشاهدة تقترب من التهاب السحايا الدودية الذي نسب الى ذيوانات الديدان وتأثيرها عن بعد في السحايا . لان هذا التعليل اقرب الى المنطق من الفعل الانمكاسي الذي لا يزال يعتقد به المؤلفون القدماء وقد رويت مشاهدات من هذا النوع في سياق البرداء وافرّ المؤلفون بصحتها .

فنحن اذاً ازاء امر جديد وبحث لا بدّ من اضافته الى مبحث الامراض العامة وهو ان للمتحولات ذيوانات وان هذه الذيفانات تؤثر في خلايا الدماغ والسحايا عن بعد كما تؤثر ذيوانات الجراثيم الاخرى .



الضنك (ابو الركب) والبعوض

جرت في هذه الاونة الاخيرة مناقشة على صفحات الجريدة الطبية العالمية التي تصدر عن بيروت بين رئيس انشاء هذه المجلة الحكيم مرشد خاطر وامين سر جمعية الاطباء والصيدالة في بيروت الحكيم الشيخ امين الجليل عن الضنك وطريقة انتقاله وقد اشترك بالبحث داعمًا نظرية انتقاله بالبعوض الحكيم بار استاذ فن الجراثيم في الجامعة الاميركية البيروتية كما ان الحكيم ترايو استاذ السريريّات الباطنة في معهد دمشق قد دعم النظرية المضادة وقد سألتنا كثير من الزملاء المشتركين ان ننشر الاخذ والرد على صفحات مجلتنا لما في هذا البحث من الفائدة ولان الكثيرين من مشتركينا لم يطلعوا في مجلة بيروت فاجبنا طلبهم ناشرين ما صدر منه حتى الان ومصممين على نشر ما سيجد اذا بقيت المناقشة مفتوحة « المجلة »

المقالة الاولى

للحكيم مرشد خاطر

حضرة الزميل المحترم

وقع نظري وانا اطالع مجلتك الزاهرة على خلاصة الجلسة التي عقدتها في بيروت جمعية الاطباء والصيداله الموقرة في ٧ كانون الاول سنة ١٩٢٧ ونشرتها في الصفحات ٣٢٥-٣٣١ من مجلتك الغراء فاستوقفتني منها في الصفحة ٣٢٦ جملة حاولت المرور بها ناسبًا ما جاء فيها الى زلة قلم او هفوة لسان وهذا نصها : « اما في انتشار حمى الضنك (ابي الركب) في طول البلاد وعرضها فحدث ولا حرج فاصاباته بسبب انتشار البعوض ايضًا تعدُّ بعشرات ومئات الالوف » آه

غير اني رأيت ان هذا الفكر يتكرر وان ما كنت أخاله خطأ لسان او زلة قلم ليس سوى اعتقاد ثابت يعتقد به بعض اعضاء الجمعية الموقرة فقد ورد في الصفحات الآتية ما نصه :

« ان الوافدات الضنكية واولها التي تكلم عنها سو كيه سنة ١٨٦٢ وفيها ظهر اسم (ابو الركب) لاول مرة كانت تذيب في الخريف فلا تكاد تصل الى الجبل حتى يكون البرد قد اقامت البرغش ناقص البعوض ^(١) والمفتح به » اه (ص ٣٢٢)

ثم جاء في الصفحة ٣٢٨ : « ولم يكن وقتئذ عرف عمل البعوض لا فيه (اي الضنك) ولا في البرداء عينها » آه

وجاء في الصفحة ٣٢٩ : « عسى ان يكون هذا الوباء الاخير لان البلدية اخذت على ما يراه الجميع باصلاح الشوارع . . . ولما هضمة البعوض . . . الخ » آه

....

يستنتج مما نقلت ان حمى الضنك تنتقل حسب رأي الزملاء الكرام بالبعوض كما تنتقل البرداء وحمى الايام الثلاثة وبعض الحميات الاخرى التي دعيت خطأ نظيرات الضنك كحمى البحر الاحمر والبحر الهندي ، وحمى مصوَّع (Massaoouah) ، وحنك الكوشنشين ، وحمى موانئ الهند ، وحمى جزر الاتيل وشاطئ الاتليتيك التي اثبتت التحريات ان بعضها لم يكن الا نوعاً من البرداء (حمى البحر الاحمر والبحر الهندي وحمى مصوَّع) وان البعض الاخر يمتاز عن حنك البحر المتوسط باعراضه وطرق عدواه

(١) كذا في الاصل ولعله اراد ناقل المرض

وقد رأيت الجمعية ان خير واسطة لوقاية البلاد من الداء الذي استفحل امره في السنة الماضية ولاستئصال شأفته من الاقاليم اللبنانية هي محاربة البعوض كما يتبين ايضاً من الكتاب الذي رفعته الى وزارة الصحة . لسنا ننكر ان هذا الوبم وقع به بعض المؤلفين وان هذين المرضين (حمى الايام الثلاثة والضنك) قد عدّا مرضاً واحداً فقد جاء في مختصر علم الصحة لكورمون ولازيور وروث المطبوع سنة ١٩١٤ ما نصه : « الضنك او حمى البعوض الواخز للوريد مرض يتصف بحمى ونفاس يشابه الحصبة وآلام مفصلية وهو خفيف الوطأة ولا يطول اكثر من ثلاثة ايام وسببه جرثوم غير مرئي تلتح به السليم حشرة صغيرة ذات جناحين)

فمنه يستدل الخطأ الفاضح الذي اقترفه هؤلاء المؤلفون وجاء في كتاب علم الصحة للصديق الزميل الشيخ امين الجليل في الصفحة ٢٠٧ « ان البرغش ينقل ابا الركب »

ولسنا ننكر ايضاً ان انتقال الضنك بالكوككس (*Culex fatigans*) قد قال به هـ . غراهام وان انتقاله بالبعوض الارقش (*stégomyia fasciata*) قد قال به بنكروفت غير ان هذين القولين لم يرد ما يشبههما ولم يسلم بهما المؤلفون والمختبرون الآخرون هذا عدا ان جغرافية البلاد التي ينتشر فيها الضنك لا تنطبق ابداً على جغرافية البلاد التي تنتشر بها هذه الحشرات ولان الضنك يغزو بلاداً لا ائر فيها لهذه الهوام

وقد ورد ايضاً في مؤلفات ومقالات اخرى ما يؤيد هذا الوبم نضرب صفحاً عن ذكره خشية التطويل ولعل الخطأ الذي وقع به بعض الزملاء الكرام

في تلك الجلسة قد تسرب فيهم من قراءة هذه المؤلفات او من انتشار الوباءين في آن واحد

فلنا ان مؤلفين آخرين قد اصلحوا هذا الخطأ وبينوا الفرق الكبير بين هذين المرضين واثبتوا ان حمى الايام الثلاثة تتقل بالبعوض الواخر للوريد (phlébotome) وان الضنك لا ينتقل بها

وان المقالات التي دمجتها رعاية الاستاذ العلامة دهبرون^(١) والمقاتلين المعتنين اللتين خطهما قلم الاستاذ زابو^(٢) وما جاء في رسالة الطب الجديدة^(٣) مديجا بقلم الاستاذ دهبرون ايضا عن حمى الضنك وحمى الايام الثلاثة وغير هذه مما يطول بنا ذكره وايضا يوضح لنا ايضا حاك لا يقبل الشك ان حمى الضنك مرض يختلف كل الاختلاف عن حمى الايام الثلاثة وانه لا يتقل بالبعوض كما تتقل به بل بملامسة المريض للسليم . واني ارى بعض الفائدة في ايجاز ما ورد في هذه الابحاث المتنوعة دفعا لهذا الوهم مجتنباً في ما اقول التطويل ومتحاشياً وصف هذين المرضين اللذين انتشرا انتشاراً راعياً في الصيف المنصرم حتى انه لم يبق

(١) أ — مجلة الطب (Revue de Medecine) آب سنة ١٨٨٩

ب — كتاب امراض البلاد الحارة مجلد ١ ص ١٣٨

ج — مخفى الطب ٦ آب سنة ١٨٩٣

(٢) أ — مجلة المعهد الطبي العربي : حمى الايام الثلاثة وحمى الضنك في سورية (مجلد ١ ص ٥١٣)

ب — مجلة المعهد الطبي العربي : لمحة انتقادية عن الضنك (مجلد ٤ ص ٤٥٨)

(٣) رسالة الطب الجديدة (Nonveau Traité de Médecine-Roger, Vidal,

Tessier) مجلد ٢ الصفحات ٢٤١ — ٢٥٨

يبت الا اصاب بعض افراده بهما او باحدهما ولا سيما بالضنك لان وصفهما يعد فضولياً وانما سأتى فقط على ذكر الفروق الموجودة بينهما لأثبت رأيي في طريقة عدوئهما ولأبين ان الضنك مرض شديدة الوطأة يصدم القلب ولا سيما الدكتور لا كما يظن احد اعضاء الجمعية الموقرة ان صدمته له (عرضة مؤقتة لا طائل تحتها) وان الحمى قد تستمر فيه وان نادراً خمسة عشر يوماً لا سبعة ايام فقط جاء في رسالة الطب الجديدة عن عدوى الضنك ما ترجمته : « يتقل الضنك بطريق البحر الى مسافات شاسعة فان الباخرة (الحافر) التي اقلعت من نواميا ادخلت هذا الداء الى تاهيتي . ويتقل برأ بالقطر الحديدية اتقالاتاً سريعاً وقد كان يتقل الى شورية حيث كانت طرق المواصلات فيما مضى قليلة لدى قدوم شخص مصاب به وكان يعرف ذلك الشخص الناقل للعدوى في القرى القليلة السكان الذين يعرف بعضهم بعضاً »

وقد جاء ايضاً في بحث العراقيين : (تقوم تشوشات القلب بوهنه وصغر النبض وخفوت دقتي القلب وجميع هذه العلامات تنسب الى تشوش الاعصاب (innervation) او الى نأذي عضلة القلب . وقد اورد فاسال وبروشه وفيات ناجمة من التهاب عضلة القلب ومتصفة بصغر النبض واسراعه واتساع الخرس (matité) القلبي

ولدينا مشاهدات من هذا النوع في وافدة الصيف الماضي كان لاختلاط القلب فيها المقام المتخلب وقد قضى بعض المرضى لاصابتهم بالقلب واورد فاسال وبروشه ايضاً تشوشات بصلية أثرت في القلب بالعصب الرئوي المعدي وذكر الاستاذ دة برون انه شاهد في حادثتين سنة ١٩٠٩ نفخة انقباضية

الكليية وان هذه النفخة بقيت ثابتة بعد زمن النقه وقد ذكر اخرون التهاب التأمور ونسب الفرد خوري^(١) في تقريره الذي رفعه الى جمعية المستشفيات الطبية الوهن الشديد الذي يعتري المرضى ، والالام القطنية والشرسوفية ، والاقياء الكثيرة الحدوث في بعض الوافدات ، وتحقق الحُط الابيض وبعض أعراض نقص التوتر الى قصور الكظر (insuffisance surrénale) وقد تحققنا هذا الامر في الوافدة الماضية وكان للدردناين في معالجة هذه العوارض الشديدة التي كانت تصيب مرضانا فائدة عجيبة لانه كان يبذل المشهد السريري تبديلاً غريباً اما تبان النبض والحرارة فلم يذكره احد في الضنك ولم نشاهده غير ان الاستاذ د برون ذكره في حى الايام الثلاثة اذ قال : (تمتاز حى الايام الثلاثة عن الضنك الذي تشابهه بعض المشابهة حتى انها التبتت به مدة طويلة من الزمن بنبض بطيء باين يبطؤه الحرارة العالية) ولعل الحوادث التي كان النبض بها بطيئاً والحرارة عالية كانت من هذا النوع

وقد ذكر الاستاذ ترابو عن مدة المرض ما نصه : (مدة الحى في الضنك ثلاثة ايام أو ستة او خمسة عشر يوماً وتسقط تدريجياً) وقد شاهدنا حادثين في الوافدة الماضية استمرت الحى في احدهما ١٣ يوماً وفي الثانية ١٤ يوماً فهل بعد ما اوردنا من شك في ان الضنك يصدم القلب صدمة عنيفة في شغافه وعضلاته وتأمره ويسمم الكظر والبصلة ؟

. واننا نورد الان جدولاً نقلناه عن احدى مقالتي الاستاذ ترابو تظهر به الصفات المميزة لحى الايام الثلاثة عن الضنك

(١) الفرد خوري - قصور الكظر في الضنك . جمعية المستشفيات الطبية ٧ ت ٢ سنة ١٩١٣

الضنك

١- ضنك البحر المتوسط يظهر في سورية وازمير ومكدونية واسبانية ضنك البلاد الحارة يظهر في الصين واسترالية وجزر الفلبين والهند والسودان وغيرها

٢- يصيب جميع الاعمار والاجناس

٣- مرض وبائي وسارٍ من الانسان الى الانسان

٤- وباء يظهر في الصيف أكثر من سواه

٥- انتقاله الى الحيوان محتمل

٦- يبدو فيه نفاط مبدئي ارجواني ونفاط ثانٍ شبيه بنفاط الحصبة تراقبه حكمة ويتقشر

٧- تستمر الحمى ثلاثة ايام او ستة او خمسة عشر يوماً وتسقط تدريجياً

٨- انواعه السريرية مختلفة فهو داء يتغير شكله في كل وباء فمنه النوع التام والنوع المعدي والوع الرئوي والنوع الصداعي والنوع النفاطي الحمي او اللاحمي والنوع النزفي

حمى الايام الثلاثة

١- تظهر في دلماسيه والمهرسك ومالطة واليونان ومسينه وكورسكة والبرتغال ومكدونية والهند واميركة الجنوبية وسورية وغيرها

٢- تصيب جميع الاعمار والنساء والرجال على السواء وكل الاجناس الا انها قليلة في القاطنين سورية لان لهم بعض المناعة عليها

٣- مرض فصلي غير سارٍ من الانسان الى الانسان ينتقل بالبعوضة الواخزة للوريد

٤- تظهر كل السنة في الاقاليم الحارة ومدة الصيف فقط في الاقاليم المعتدلة

٥- لا تنتقل الى الحيوان

٦- لا نفاط فيها

٧- مدتها ثلاثة ايام فقط مع معاودة الحمى غالباً بعد ١٢ او ١٥ او ١٨ يوماً^(١)

٨- مشهدها السريري واحد

(١) لا يقول الاستاذ د. برون بعودتها

حمى الايام الثلاثة

٩ - لا عراقيل لها ولكنها مرض
معدّ لتعفنات اخرى

الضنك

٩ - عراقيله قليلة في البلدان المعتدلة
وكثيرة في الاقاليم الحارة منها التهاب
عضلة القلب والشلل والتهابات الحصى
وضخامة العقد البلغمية والتهابات المتحممة
والقرونية والنقرزية والمشيحية والعمى

فمن هذه المقابلة يتضح الفرق بين المرضين وعدوى الاولى بالبعوض
والثاني بسواه .

.....

رأيت يا حضرة الزميل في ذكر ما ذكرت بعض الفائدة لقراء محبتك الكرام
دفعاً لوهم لا يزال سائداً فعسى ان تتحقق الغاية التي ارى اليها وفقك الله وايانا
الى خدمة العلم والسلام

المجلة الطبية العلمية : نشكر الزميل الاستاذ الحكيم مرشد خاطر على مقاله
هذا المتع المملوء بالفوائد العلمية والعملية واهتمامه بكل ما ينشر على صفحات
هذه المجلة ولما كان هذا الموضوع مهماً جداً وكان المرض (اي حمى الضنك)
من الامراض المنتشرة جداً والفتاكة في بلادنا وقد غلبته هذه المجلة
ونشرت عنه مقالات متعددة في السنين الماضية ولما كان احتكاك الافكار
يولد الحقيقة رأينا ان ننشر فيما يلي رأياً في هذا الموضوع صدر بالكلية
للاستاذ الدكتور ليلاند بار استاذ البكتريولوجيا وعلم حفظ الصحة في
الجامعة الاميركية ليرى الزميل خاطر والملاء الكرام رأيهم فيه ثم نتظر
جواب امين اسرار جمعية الاطباء والصيادلة وبالوقت نفسه فالمجلة وصفحاتها
موقوفة لخدمة العلم والحقيقة

راي الاستاذ بار

في اواخر صيف سنة ١٩٢٧ واولئل خريفها تفشى في بيروت الوافد المعروف بابي الركب تفشيا هائلا واصاب الوفا من ابناء المدينة وبناتها على اختلاف اسنانهم ومراكزهم في المجتمع دون محابة . واول من بحث في هذه البلاد في امر هذا الداء الثقيل الدم وحاول ان يعلله بالاسلوب العلمي البحث هو المرحوم الدكتور غراهم الشهير وقد ساعده في ذلك الدكتور نجيب عرداتي ولكن اهم ما نعلمه الان عن هذا الوافد مستقى من مباحث وتجارب ثلاثة من جهابذة رجال الطب الذين انضموا ركائب البحث والتقصي تذرعوا للوصول الى مكان من سمومه انقاذاً للبشرية من اصاباته وان كانت سليمة المغيبة في معظم الاحوال وقد استخدم اولئك الجهابذة اثني واربعين شخصا من الجيش تطوعوا لمعاضدتهم في ابحاثهم وتجاربهم فاصيب خمسة وعشرون منهم بالوافد في اثناء اجراء التجارب . وقد انجلي لم بالبرهان ان البعوض الناقل لحجى الضنك هو الناقل للحمى الصفراء ويسمى تارة بالايديس (Aedes) وطوراً بالستيغوميا (stegomyia) وهو غير (الانوفلس) الناقل للملاريا وغير الكوككس (culex) الذي يشاهد طائراً في النهار غير هباب

ويقول جماعة من رجال البحث عن علل الامراض واسبابها ان هنالك حشرات اخرى يظن ان لها يداً في تفشي الداء . قال احدهم في تقرير كتبه عن انتشار ابي الركب في بيروت قبل بضع سنين (ان الناموس الصغير المعروف بالسكيت (sand-flies) يمكن ان يكون سببا لنشر الداء في المدينة الا ان هذا

الراي غير معول عليه الان بل لا يأخذ به احد ممن يوثق بقولهم ويعتمد على رأيهم)

وما جاءنا عن اولئك العلماء الباحثين في جزائر الفيلبين ان معدل مدة الحصانة في حمى الضنك يتراوح بين اربعة ايام ونصف يوم ، وسبعة ايام ، وبحسب المصاب بها معديا مدة الايام الثلاثة الاولى من اصابته بها وربما مدة بضع ساعات قبل ان يحس بالاصابة واذا عضت بعوضة شخصا مريضا سيفي غصون مدة العدوى فلا تقدر ان تنقل جراثيم العلة الى شخص اخر قبل مرور احد عشر يوما على العضة ومتى دخلت جسمها جراثيم العدوى مرة اصبح سيفي طاقتها ان تنقل العدوى الى من تعضهم ما دامت حية . وفي السجلات الطبية ذكر حادثة اُصيب فيها انسان بحمى الضنك اثر لسعة بعوضة كان قد مر خمسة وسبعون يوما على دخول جراثيم العدوى الى جسمها . وقد يعيش بعض البعوض مدة اطول من ٧٥ يوما ولكن على وجه الاجمال يظن انه لا يعيش حتى هذه المدة وما علمناه من ابحاث الثقات في جزر الفيلبين ان الحصانة او المناعة في حمى الضنك قصيرة الامد ولذلك كان المرء عرضة للاصابة بها المرة بعد المرة ولكن الاصابات لا يتلو بعضها بعضا على الاثر ولا اذا اُصيب المريض ثاني مرة تكون اعراض الداء شديدة عليه كما في المرة الاولى . روي ان انسانا مني بالداء ثاني مرة بعد ان مني به اول مرة بثلاثة وخمسين يوما . وقيل انه امكن نقل حمى الضنك من مصابين بها في اول درجات المرض الى سالمين منها بمجرد الحقن بدم كامل (whole) ومرشح . وقد تمكن اثنان من الباحثين عن هذه العلة من الامير كان ان ينقلا جراثيم عدوها الى الفئران البيض بحقنها بها المرة بعد المرة

وخيل لها انها قد اكتشفا الجراثيم الحية التي هي سبب الداء وادّعى انها اجسام تكاد تكون كروية الشكل . ويقول فيها بعض الثقات انها من نفس الجنس الذي يشاهد في حال التهاب النخاع الشوكي

اما المرحوم غرايم فظن اولاً ان سبب الداء هو حيوان مجهري يظهر تحت الميكروسكوب العادي في كريات الدم ويظن غيره ان السبب هو ميكروب لولبي الشكل ومع كل ما كشفه الاطباء في الفيليين من الامور المهمة عن حقيقة هذا الداء لم يستطيعوا ان يصلوا الى معرفة الميكروب الذي يحدثه معرفة يصح السكوت عليها وجل ما علموه انه صغير جداً ويبقى كذلك كل مدة حياته او مدة جزء منها حتى انه يقدر ان يحتاز مسام اذق المرشحات التي تعجز عن اجتيازها الميكروبات الاخرى وهو موجود في دم المريض القريب من سطح الجسم مدة الايام الثلاثة الاولى من عهد الاصابة بالمرض وله دور معلوم معين يقضيه في

جسم البعوض

ويمكن استئصال جرثومة هذه الحمى والتخلص من شرها باتلاف البعوض وباتلافه يمكن ملاشاة الملاريا والحمى الصفراء وربما اضمحلّ غيرهما من الامراض معها باتخاذ تدابير فعالة تكون عاقبتها اتلاف البعوض والنجاة من حمى الضنك السليمة العاقبة ومن الملاريا الشديدة الفتك بمن تصيبهم

ويعتقد كثيرون ممن كتبوا في هذا الموضوع ان مكوث الملاريا في اية بلاد كانت امداً طويلاً له عاقبة سيئة جداً على النسل فانه على تعاقب الاجيال يسي منحطاً عقلاً وجسماً ولذلك كانت محاربة البعوض بصورة جديدة امراً لا مناص منه ضناً بسلامة اجساد النشء وعقولهم

رد الحكيم الشيخ ابن الجليل

سكرتير جمعية الاطباء والصيدالة

(بيروت تجاوب دمشق)

للحكيم مرشد خاطر منزلة في العلم كبيرة وفي الفوائد عريضة . ولذلك كان البحث معه حتى الجدال بل الانتقاد من الفائدة والملاذ في الغاية . وبقدرا نعد ذلك عقيماً مضراً مع من ليس على ما هو الاستاذ من سعة العلم وكرم الاخلاق .

قد ادرجت المجلة الطبية العلمية لصاحبها الحكيم فؤاد غصن محضراً لجمعية الاطباء والصيدالة دار فيه البحث على وافدة حمى الضنك التي ذاعت في البلاد كافة في الصيف الماضي فالخر يف فاصابت مئات الالوف . وبعض الأسر العديدة كنت ترى خمسة او عشرة أسرة في البيت عينه . ولا ريب ان ذلك ما حدا بجمعية الاطباء والصيدالة الى تخصيص جلستها الاولى من هذا العام لهذا الوباء .

رأى حضرة الاستاذ مرشد خاطر ان ما ذهب اليه حكماى بيروت من ان ابا الركب بعوضي الاصل وانه ثقل الوطأة لكنه سليم العاقبة وقصير المسدة ، ولا يفتك بالقلب ، خطأ وغلط او غير مطابق للواقع

ليس من قراء هذه المجلة من يجهل اختلاف اطوار الوبئة وانواعها طبقاً للمكان والزمان والظروف الأخر ما عبر عنه الاقدمون بال (génie épidémique) كما ان الجميع يعرفون ان حمى الضنك لم تزل مبهولة الجرثوم وان هذا المرض لم يشاهد الى الساعة الا في البلاد التي لم تتوفر فيها المختبرات ولا رجال الاختصاص وهم ، ان وجدوا فيها ، فقليلو العدة والعدد . وبعد ان تدبرنا ما تقدم نحيب :

قال الاخ مرشدان الضنك ينتقل « بملامسة المريض للسليم » لا بالبعوض
اذن هو ينتقل كالخسبة والشبهة او الجدرى الخ واذا كان ذلك فعلام
لا يذيع كالجدرى مثلاً بكل فصل وبكل مكان ، مع انه من المشهور ان
الضنك لم يعرف الا في الامكنة الحارة ، والفصول الحارة . وهو بذلك يشبه
تماماً ، لا ما تقدم من الاوبئة ، بل البرداء آفة هذه البلاد

في الصيف الماضي وخريفه ايضاً ملأت البرداء السواحل وارفت الى
الصرود وشاعت في انحاء سوريا ولبنان ومصر والعراق واكملت مصائب الارمن
المهاجرين ومنكوبي حاصبيا وراشيا ، وجاء الضنك اكثر ذيوماً وظل ينتشر
كجوارته البرداء من حزين الى كانون الثاني . وبين يوم وغداته وقف كلا
المريضين بغتة ودفعة واحدة ، اي منذ اليوم الذي بلغ البرد فيه درجة لا قبل
للبرغش معها بالحياة ، او منذ اليوم الذي فيه فاضت المياه وقذفت ددماص البعوض
الى البحر او المجاري الراكضة او الى حيث الجفاف وهي لا تعيش الا في الماء
الآسن المستنقع

ثم ان الاستاذ الدمشقي ذكر لتأيد نظريته « ان الضنك قد يغزو بلاداً
لا اثر فيها لهذه المورام » . فليفضل الاخ باعطائنا اسم ذلك البلد السعيد الذي
لم تنفق الى معرفته . ثم عطف حضرة المناظر بان معلمنا الكبير دي برن لم يقل
بعمل البعوض ، ولو لم يصرح بغير رأي . ولكن المرحوم كرهام جهر بان
بعوضي وكذلك غيره من الائمة

اما ان الحكيم دي برن لم يذكر قط شأن البعوض في اذاعة هذا الداء في
كتابه امراض البلاد الحارة (كذا) وفيما نشره من نحو ثلاثين سنة ونيف فما

هو بحجة علينا اصلاً لان وظيفة البعوض حينذاك كانت مجهولة تماماً الى ان قام حديثاً مانسون ورونالد روس الانكليزيان يناديان بما نسي من ايام الحارث بن كلدة وغيره من العرب اي ان البعوض ينقل البرداء وغير امراض، دون سواء قادر كما ان هذه الحشرة شر من الحيات والاسود

وفي الطبعة الاولى من قانون الصحة عام ٨٩٥ ، مع معرفتنا جميع اطوار البرداء وانها أليفة الآجام ومناقع المياه ورفيقة الحر وقرينته ، لم نتحسب من ادراك اسلوب انتقالها . بل الامام نفسه فيما هو من البرداء العلامة لافران ومكتشف جرثومها كاد يقول اذ ذاك على نقل العلة بطريق ماء الينابيع (كاثيكية والكونيرا والزحار) . وقد كتبنا حينئذ ما نصه (في صفحة ٦١) « اما جرثوم الملاريا فينتقل على ما يظن اكثر العلماء مع الغبار المقذوف عن سطح الارض فيرتفع في الفضاء ثم يأتي المساء او الصباح ، آن سقوط الندى والضباب ، فيعود الغبار الحامل للميكروبات ساقطاً مع نقيطات البخار » ان العلم قد جلا كثيراً من الغوامض بنوره الساطع لكنه لم يزل في هذا الموضوع ظلمات عميقة تنجلي آجلاً او عاجلاً بهمة رجال العلم . وهنا يصح القول انا عرفنا شيئاً وغابت عنا اشياء » ومن اكبر التوفيق ان نبوءتنا السابقة قد تمت قريباً . وما هذه المعرفة بشأن الناموس الا تحفة من أهم ما نفحنابه العلم . لان في جميع البلاد حيث الحكومة جديدة بمهمتها السامية لم يبقَ قط بعوض فبرداء ولا امراض بعوضة هكذا في بورت سعيد ومدن السويس والسودان واميركا الجنوبية كلها . اما ان الضئك يولد « القلاب » (اي الاختلاطات القلبية) فذلك ان وجد ، فهو من نوع بسيط حميد لم نعرفه قبلا في الاشتراكات القلبية ، آفة

المصابين بالامراض العنفيه . تلك الاختلاطات التي ترعب الطيب وتذر بالخطر الاكيد الداهم . وهي الجديرة بحكمة الرازي العظيم : نبض رديء في كل مرض رديء . واذا كانت شهادة العلامة دهبرون مزكاة لدى وطنينا المناظر وفوق كل شهادة تأتيه بما جاء في احدث ما خطت يد معلمنا المشار اليه (Nouveau Traité de Médecine) في انذار الضنك قال حفظه الله « ان عاقبة هذا المرض حميدة في الغاية . واني قد عانيت عدة وافدات منه وقد اصاب بعضها ثلثي مدينة عدد سكانها كبيروت ١٥٠٠٠ ولم تبلغني وفاة احده » . فاین هذا البيان من الحالات القلبية الشديدة الهائلة في سائر الامراض العنفيه ؟ ؟ وما ذهب اليه الاستاذ ترابو الدمشقي ايضا واستشهد به زميله خاطر من « ان اختلاطات ابي الركب كثيرة في الاقاليم الحارة منها التهاب العضلة القلبية والشلل والتهابات الخصية وضخامة العقد البلغمية والتهابات المتلحمة والقرنية والقزحية والمشيمة والعمى (كذا)

فجاز لنا ان نتساءل كيف ان الشام المشهورة بلطف اهلها لم تؤثر بته في طباع جرثوم الضنك ولم تلتطف ثقله قط وشره

وعندنا ان ما اتفق للاخوان معانيته من مظاهر عنيفة خطيرة خارقة لهذا الداء البسيط كان من باب الاتفاق او الشواذ بل المصادفة لبعض العلل الحادة كالنزلة الصدرية التي تمتاز وافداتها بالضنك مراراً تلك التي قتلت وتقتل باشتراكها الالوف والملايين او العلل القديمة في الزمن وهي غير نادرة ولا سيما اذا قسناها على الالوف المصابين بحمى الضنك . ولعل طول مدته الى اسبوعين يفسره بعض اختلاطات من نحو الحمى المعديّة او نزلة ايضا لا يخلو من الاصابة بها بعض

افراد من الالوف الموبوءين بالضنك . ولما كانت من الشاذ والاستاذ ترابو نفسه لم يذكر منها الا حادثتين جاز للمجمع الطبي البيروتي ان لا يقلق لها كثيراً ونختم بالثناء على الاخ المناظر مرشد خاطر لاهتمامه بهذه المباحث الخطيرة المهمة لعالم الامة والعلم ونرجو من همة سائر الاخوان في جميع الانحاء من مصر الى العراق ان يتفضلوا بنشر ملاحظاتهم ومشاهداتهم الخاصة لعلنا نصل بمعاونتهم الى كشف الحقيقة التي يكون منها للجميع الوقاية والسلامة

رد المحكبين نرابو ومرشد خاطر على الحكيم بار

نشر الدكتور بار استاذ الجراثيم وعلم الصحة في الجامعة الاميركية مقالا عن الضنك فرأينا اظهارة للحقيقة واتماماً لما كتبه احدنا ان تأقي بهذه الكلمة دفعاً لوم لا يزال سائداً فنقول

اذا لم يكن الدكتور غراهم اول من درس هذا الوباء في سورية فهو من استلقت انظارهم هذه الوافدة وجدوا في معرفة طرق عدواها غير انه كان يظن ان الضنك الذي كان يظهر على شواطئ بحر الروم الشرقية مرض فصلي تنقله الكولكس . مع ان هذا الضنك الذي نراه في سورية مرض وبائي نفاطي شبيه بالحصبة والقرمزية وهو كالحصبة والقرمزية لا يظهر في صيف كل سنة . فلو كانت الكولكس تنقله كما كان يعتقد الدكتور غراهم وكما يعتقد اليوم بعض اطباء بيروت لكان ظهوره في صيف كل سنة امراً متحتماً كما تظهر حتى الايام الثلاثة والبرداء اللتان يتقلهما البعوض . مع ان الضنك في سورية ، وما من مجهل هذا ، يظهر كما تظهر الاوبئة في اوقات غير معينة فقد

يفصل الوباء الاول عن الثاني بضع سنوات فان دمشق التي زارها الضنك في الصيف المنصرم قد حرمت زيارته سنوات عديدة وهو لم ينتشر فيها على السواء في جميع الاحياء فقد كانت اشد وطأته في حي المسيحيين حيث انتشر انتشاراً هائلاً حتى انه لم يدع بيتاً الا دخله ولا اسره الا اصاب اكثر افرادها اما الاحياء الاخرى من المدينة فمنها من نجى من زيارته ومنها من كانت وطأته فيها خفيفة للغاية فهل نستنتج من هذا ، اذا صحت نظرية القائلين بانتقاله بالكوكس ، ان هذه البعوضة هي في حي باب توما اكثر منها في الاحياء الاخرى وانه لا اثر لها في الاحياء التي لم تصب بهذه الوافدة وانها لا تغشى المدينة في السنوات التي لا تظهر فيها هذه الوافدة ؟ لا لعمرى فان البعوض منتشر في المدينة على السواء لا بل هو في الاحياء التي لم تصب اكثر منه في الاحياء التي أصيبت لان المستنقعات تكثر قرب الاحياء التي نجت من هول تلك الوافدة . وهذه البعوضة كانت في السنة الماضية كما كانت في السنوات الاخرى التي لم نر فيها للضنك ازراً

وبعد هذه اللمحة الموجزة عن وفود الضنك سنة وغيابه سنوات وعن انتشاره في دمشق انتشاراً خاصاً شديداً بانتشار الحصبة غير مشابه اقل مشابهاً لمرض ينتقل بالبعوض نمر الى نقطة ثانية

ان الضنك السوري مرض يستوطن الشرق الادنى ولا يخرج من المنطقة المؤلفة من آسية الصغرى ومصر وشاطيء البحر الاحمر الذي يعد مهد هذا الداء حسب رأي غرل (Grall) واكبر شاهد على ما نقول ان روجر (Rogers) من كالكوفا الذي درس درساً دقيقاً سنوات طوالاً ضنك الهند رأى بينه وبين ضنك الشرق الادنى من التفاوت والاختلاف ما حمله على تمييزه عنه وتسميته

بالضنك الكاذب (fausse dengue) والضنك الكاذب انواع تبدو في الهند
 واوستراليا والفيلين وشاطئي الاتلانتك وهي، ولسنا نجعل هذا، امراض فصلية
 كالبرداء وحى الايام الثلاثة تظهر كل سنة في فصل معين وفي الزمن الذي تبدو
 به العوامل الناقلة لها وما هذه العوامل الا الكولكس في الهند والبعوض الارقش
 (الستغوميا) في شاطئي الاتلانتك واوستراليا وجزر الفيلين . هذه هي
 الاختبارات التي جاء على ذكرها الاستاذ بار واستند اليها في تعليل انتقال الضنك
 بالبعوض ولسنا ممن ينكرونها او يجهلونها بل نعرفها حق المعرفة غير انها تخرج كل
 الخروج عن الضنك الذي نحن بصدده وهو ضنك الشرق الادنى

وانواع الضنك الكاذب التي جئنا على ذكرها تختلف اختلافاً كبيراً عن
 ضنكنا السوري ليس بطريقة انتقالها فحسب بل باعراضها السريرية ومنحني
 حرارتها وشدة عراقيلها (اي اختلاطاتها) فمثل من يجعلها والضنك السوري في
 فئة واحدة مثل من يزوج السمكة بالارنب كما يقول المثل الفرنسي

وقد حذر روجر من كلكوتا قبلنا بزمان مديد من الوقوع في هذا الخطأ
 بايجاده هذه التسمية «الضنك الكاذب» ريثما يكون قد انجلى امر تلك الامراض
 التي تختلف كل الاختلاف عن المرض الذي نراه في سورية

وقد نشر احدنا مقالات عديدة محذراً الاطباء الممارسين في سورية من هذا
 الضلال . ان فئة انواع الضنك الكاذب كما ذكرنا هي فئة لم تحل عقدها
 حتى الان لان العامل الناقل ليس نوعاً واحداً من البعوض بل هو مختلف في
 الهند وفي شواطئ بحر الاتلانتك ولعل هذا البعوض الذي تختلف انواعه
 ينقل ايضاً عوامل مرضية مختلفة في كل نوع من انواع هذا الضنك الكاذب

واننا نشكر في كل حال الاستاذ بار الذي حملنا مقاله على متابعة هذا البحث الذي دار ويدور حوله حوار شديد ونشكر الزميل غصن سماحه بان تكون مجلته الزاهرة مستودعاً لهذه الاراء ومحكاً تظهر به الحقيقة الناصعة

فعلينا اذا كنا نرغب في حل عقدة الضنك الدوري وطريقة انتقاله ومعرفة عامله المرضي ألا نوجه انظارنا شطر الهند واورشاليا والفيلبين منتظرين من تلك الاقطار نوراً متألقاً يبدد هذا الظلام بل علينا ان نكون مصدر هذا النور ومبعث هذا العمل لان داءهم غير دائن ولان ما يقال عن ضنك الهند والفيلبين وسواهما لا ينطبق على الوباء الذي نصادفه ولا يصح ان يكون مستنداً نستند اليه في تعديل ما نراه هنا . ولان البعوض الارقش الذي ينقل ضنك الفيلبين واورشاليا وشاطئي الاتلانتيك لم تدل التحريات التي أجريت في سورية حتى الان على وجوده فيها فكيف يليق بنا ان نعهده العامل الناقل

ان هذا الموضوع جليل الفائدة يستدعي ان تكاتف تكاتفاً علمياً على ايضاح غموضه غير ان علينا ريثما يتسنى لنا ذلك ان نميز منذ الان ضنكنا عن الضنك الكاذب والا نكون قد ضللنا سواء السبيل

ولهذا نقول ان ما جاءت به جمعية الاطباء والسيادة في جلستها لا مستند علمي له وان الاموال التي تسأل الحكومة صرفها لقتل الكوكس واعلمها البعوضة اني تنسب اليها نقل الضنك أخرى بان تصرف في وجوه صحية أخرى لان الكوكس براء من نقل هذا الداء كبراء الذئب من دم ابن يعقوب

ان اخذنا سيبعث عن هذا الموضوع الجلل في المؤتمر الذي سيعقد في القاهرة في كانون الاول القادم حيث يجتمع اكبر اختصاصي امراض البلاد

الخارة من سائر اقطار العالم وانا لنجذل جد الجذل ان نرى زملائنا البيرونيين فيه لتناقش وايام الحساب ونستنير بارائهم لان الكلمة الجازمة عن انواع الضنك سيلفظها هذا المؤتمر على ما نظن

رد الحكيم مرشد خاطر على الحكيم الشيخ امين الجليل

عرف قراء هذه المجلة زميلنا الشيخ امين الجليل كاتباً اديباً يلبس المعاني اجمل المباني ، عرفوه طبيباً ماهراً يعالج الموضوعات الطبية بتفنن يقف دونه نظر الكثيرين حاسراً ، عرفوه اختصاصياً كبيراً بعلم الصحة لا يقف عند القشور بل يذهب الى لب الموضوع مستخرجاً منه كل حقيقة غامضة ، عرفوا الامين اميناً لسر جمعية الاطباء والصيدالة في بيروت فلا عجب اذا تولى الدفاع عنها واذا جاء برده المدرج في الجزء التاسع على مقالتي التي كتبتها عن الضنك والبعوض في الجزء الثامن من المجلة الطبية العلمية

كتب حضرة الزميل رده مقتنعاً بما كتب ، كتبه وهو لا يرغب في الدفاع عن قضية لم يقتنع عقله بها مثبتاً ان الضنك ينتقل بالبعوض وقد اورد من البراهين ما ظنه كافياً لدعم عقيدته ثم جاء حضرة الزميل المثقف صاحب المجلة فتوَّج هذه المقالة مذكياً النار بين الطرفين املاً بان تنضج هذه (الطبخة) التي تستدعي حرارة شديدة فجاء كلام الزميل الجليل وثبوَّح الزميل غصن احلى من الشهد غير ان الاعتقاد الراسخ الذي اعتقده ويعتقده كثيرون غيري بان الضنك لا ينتقل بالبعوض يدعوني الى تناول الموضوع ثانية وارسال هذه الكلمة مبيناً بها ان ما جاء في رد الصديق الجليل لا يستند الى اساس متين

ان بعض ما ساقوله قد ورد في الرسالة التي ادرجتها بالاشتراك مع الاستاذ
 ترابو ردّاً على مقالة الاستاذ بار غير ان منها ما لم يرد ذكره هناك
 وقبل ان ابدأ بالرد أسأل حضرة الزميل ان يسمح لي بابداء هذه الملاحظة:
 ليست لي صفة النيابة ليكون جوابي باسم اطباء دمشق كافة كما يحق للزميل
 الجليل الذي يمثل جمعية الاطباء والصيدالة فجوابي اذن صادر عني فقط لانه قد
 يكون في دمشق من لا يشاركني في رأبي كما انه قد يكون في بيروت من لا يشارك
 الزميل الجليل في رأيه ايضاً وتسهلاً للرد احصر الجواب في النقاط التي وردت
 في مقالة حضرة الزميل وهي هذه :

- يقول حضرته : ١ - «لو كان الضنك يتنقل بملامسة المريض للسليم لكان
 انتقاله كالخصبة والشهقة والجدرى الخ فعلا لم لا يذيع كالجدرى مثلاً في كل
 فصل وفي كل مكان مع انه من المشهور ان الضنك لم يعرف الا في الامكنة
 الحارة والفصول الحارة وهو بذلك يشبه البرداء ولا يشبه الاوبئة الآفة الذكر»
 ٢ - يسألني الزميل عن البلاد التي يغزوها الضنك ولا اثر فيها للبعوض
 ٣ - يقول اجل ان استاذنا الكبير دي برون لم يقل بعمل البعوض ولكنه
 لم يصرح برأيه آخر وان المرحوم غراهم جهر بان الضنك بعوضي وكذلك
 غيره من الائمة . ثم اردف قائلاً ان هذا هو رأي الاستاذ دي برون منذ زهاء
 ثلاثين سنة وليس هو بحجة علينا اصلاً لان وظيفة البعوض كانت مجهولة حينذاك
 ومعنى كلامه ان ما كان يعتقد الاستاذ دي برون في الامس قد تبدل اليوم كما
 بدلت الاختبارات الحاضرة ما كان في عهد الحارث بن كلدة وغيره من العرب
 ٤ - جاء زميلنا الفاضل على ذكر الاختلاطات فاعلّف امرها وذكر

ما خطته يراعة الاستاذ دي برون في رسالة الطب الحديثة (Nouveau Traité de Medecine) عن انذار الضنك وغمز في قناتي لانني ذكرت عراقيل الضنك نقلاً عن الاستاذ ترابو وعن بعض مشاهدي الخاصة واكبرت امرها

....

هذه هي النقاط الاربعة التي ذكرها زميلنا العزيز وهي النقاط التي نرغب الان في ردها توصلا الى الحقيقة التي نسعى وراءها

١ - اما ان الضنك يتقل بلامسة المريض للسليم فهو ما لانشك فيه اقل الشك وما الحجة التي جاء بها حضرة الزميل الاحجة تؤيد نظريتنا وتدحض مدعاه . لان الضنك ، وما من ينكر هذا وهو نفسه لا ينكره ، لا يغشي بيروت في كل سنة كما انه لم يغش دمشق في كل سنة ايضا فقد ذكر الاستاذ دي برون في سورية وسواه من درسوا الضنك وافادت كانت تغشي سورية سنة وتقيب عنها سنوات ولم يذكر احد منهم ان الضنك وافدة سنوية تظهر في صيف كل سنة فقد جاء في رسالة الطب الحديثة في الفصل الذي تكلم به الاستاذ دي برون عن الضنك ذكر لو افدة سنة ١٨٨٨ - ١٨٨٩ و ١٩٠٤ و ١٩١٣ ولعل وافدات سواها غشت سورية غير انها لم تغشها في كل سنة وهذا امر واضح لا يختلف فيه اثنان . فنحن في دمشق لم نشهد منذ سنوات ائراً للضنك الا في السنة الماضية فقط اذ انتشر هذا الزباء في السواحل اولا فنفتحنا به هدية ثمينة . فلو كان الضنك كالبرداء كما يتمتع زميلنا الفاضل لكان ظهوره في صيف كل سنة امراً متحتماً لان البعوض ينقف في كل سنة ولان البرداء تظهر في كل سنة ايضا فظهور الضنك سنة وغيابه سنوات اكبر دليل على انه

لا ينتقل بالبعوض وظهوره في حي وتركه للاحياء الاخرى وانتشاره كما
تتشر الحصبية وسواها برهان على انه مرض ينتقل بغير البعوض

اما اذا كان زميلنا الفاضل يخلط بين الضنك وحي الايام الثلاثة التي تظهر
في صيف كل سنة في بيروت كما في دمشق وهي حي لا نقاط فيها مطلقا مؤيداً
مدعاه بهذه الحى الفصلية التي تختلف كل الاختلاف عن الضنك الذي نحن
بصدده فهذا امرٌ لا نجاريه فيه مطلقاً . واما قوله لماذا يظهر المرض في فصل
الصيف ولا يظهر في الشتاء فيسهل تعليله . ان هذا متعلق بما سماه (génie épidé-
mique) والا لماذا تظهر الحميات التيفية ونظيراتها والزحار في الصيف ولا تظهر
في الشتاء وهل ظهورها في الفصل الذي يتقف فيه البعوض يجيز لنا ان ننسبها
الى البعوض ؟ لا لعمرى فان لكل نوع من الجراثيم شروطا لا بد من توفرها
في البيئة الموجودة فيها لكي تكتسب نشاطها وجراثوم الضنك المجهول تتوفر له
الشروط في الصيف وفي البلاد الحارة فيفعل فعله ومتى زالت تلك الشروط
واقى الشتاء ضعفت قوته وامحى الوباء

ثم اذا كانت البعوضة المسكنة سبب هذا الداء فما هو النوع الذي ينقل
الضنك منها ؟ ان الذين يقولون بانتقال الضنك الكاذب (لا الضنك الحقيقي)
بالبعوض ذكروا نوعين منه وهما الكولكس والبعوض الارقش (stegomyia fasciata)
اما الكولكس فقد قال الاستاذ دي برون عنها في رسالة الطب الحديثة لا منذ
ثلاثين سنة ولا من ايام الحارث بن كلدة ان انتقال الضنك بها لم تثبت مشاهدات
مقنعة وقد قال سالانوا بين (Salnoue- Ipin) ما نصه :

« ان حيويين غراهم الدموي لم يجده احدهم من المختبرين لان فحص الدم

لم يظهر لنا ادنى عنصر جرثومي لا في ملء الكريات الحمراء ولا على سطحها واستتبات الدم لا يزال منفياً»

واما البعوض الارقش فلم يذكر من عنوا بدرس حشرات سورية وهوامها ما اذا كان هذا النوع موجوداً فيها ام لا لنسب اليه وباءً هو براء منه

.....

٢ - يرغب الينازميلنا الفاضل ان نذكر له اسماء البلدان التي يغشاها الضنك دون ان يكون للبعوض اثر فيها . فنجيب ان الاستاذ دي برون ذكر في رسالة الطب الحديثة انه رأى الضنك في وافدة ١٨٨٩ في بعض القرى التي يبلغ ارتفاعها ١٥٠٠ متر عن سطح البحر . واطن وحضرة الزميل اكثر اطلاعاً مني على هذا الامر ، ان المصطافين في اهدن قد أصيبوا في السنة الماضية بالضنك كما أصيب سكان البلدان المعتدلة الارتفاع فاذا ثبت هذا وهو محقق قلنا ان البعوض قلما يعيش في هذه المرتفعات فقد ذكر برومبت (Brumpt) ان الارتفاع الاقصى هو ١٢٠٠ متر وان الحرارة الدنيا التي يتمكن بها البعوض من الحياة هي ٢٣ مئوية فيستنتج من هذا ان الضنك قد نشأ في بلاد لا اثر فيها للبعوض وان انتقاله اليها كان مسبباً من شيء آخر

٣ - ان الاستاذ دي برون قد نفى انتقال الضنك بالبعوض واليك نص ما جاء في رسالة الطب الحديثة « يظن غراهم ان هناك متحولاً (اميباً) يتبطن الكريات تنقله الكوكوكس . ان هذا الرأي لم تثبت حوادث مقنعة كما انها لم تثبت ايضاً رأي بنكروفت القائل بانتقال الضنك بالبعوض الارقش الذي لا ينطبق انتشاره الجغرافي على انتشار الضنك »

ولم يكتف بهذا بل اظهر رأيه في انتقال الضنك خلافا لما ادعى حضرة الزميل اذ قال « اما في سوربة حيث كانت المواصلات قليلة فان الداء (اي الضنك) كان يدخلها بوصول شخص مصاب بالضنك اليها وكثيراً ما كان يعرف سكان القرى القليلة العدد ذلك الشخص الناقل » فهل يريد حضرة الزميل حجة اوضح من هذه لاثبات رأي الاستاذ دي برون ؟

وقد بين دورينغ (Düring) رأيه في انتقال الضنك بالملامسة فقال « ان غسالة ارسلت الى خمس عيالات اثواباً غسلتها فأصيب افراد هذه الأسر بالضنك وهم في امكان مختلفة قبل ان يصاب به احد في الاحياء التي يقطنونها »

واليك ما يقوله غرل (Grall) « من المرجح ان العامل المرضي في الضنك عامل غير مرئي راسخ شبيه بالعامل الذي يحدث الحيات النفاطية . هذه هي الفرضية التي يجدر بنا قبولها ريثما تبين لنا الاختبارات الجديدة ما يحل لنا هذا اللغز المعقد » ان جميع هذه الاراء حديثة وليست من عهد الحارث بن كلدة لاننا لم نعد في الاقوال التي ننقلها الى اراء اكل الدهر عليها وشرب بل ننظر الى احداث ما وصل اليه الفن مرسلين بابصارنا الى المستقبل لنقرأ في ظلماته الدامسة ما كتب عنه لو كان ممكناً وما كنا لنؤمل من حضرة الزميل وهو اللطيف ان ينسب الينا مثل هذا اما تطور العلم وفساد بعض الامور التي نطعن حقيقتها ويثبت لنا المستقبل خطأها فامر لا ينكره احد وانما متى اتى المختبرون في المستقبل البعيد واثبتوا لنا فساد النظرية التي ندافع عنها الآن لا تتأخر عن مجاراتهم غير اننا اليوم ونحن نرى الشبه الشديد بين الحصبة والضنك في طرز انتقالهما لا يسمعا ان نسلّم بانتقال الضنك بالبعوض وليس ثمة حجة تدحض رأينا وثبت رأي سوانا فاذا كان

لدى حضرة الزميل اختبارات مقنعة نجهلها عن انتقال الضنك بالبعوض فليفضل باظهارها واننا نعدده منذ الان باننا نجاريه ونقر بصحة نظريته وفساد نظريتنا

....

٤- اما العراقي (الاختلاطات) في الضنك فكثيرة واذا قلنا كثيرة فلسنا نعني انها معادلة لعراقيل الحميات التيفية او الريض (الحمى النمشية) او سواها غير ان نفيا ايضاً ليس منطقاً على الحقيقة

فما الاتزفة التي ذكرها الاستاذ دي برون ورأينا منها كثيراً من الحادثات في وافدة السنة الماضية الاحداها . وما البيلة الاحينية (albuminurie) التي ذكرها الاستاذ الموما اليه ورأينا منها في مرضانا الذين اتبعناهم بدقة ما لا يقل عن عشرة بالمائة مع حالة تقرب من الابالة (anurie) في بعض الاحيان الا ثانيتهما . وما تشوشات القلب التي ذكرها الاستاذ دي برون ومنها التهاب الشغاف الذي ادى الى نفخة انقباضية في مريضين استمرت بعد الشفاء الا دليل على ان الضنك يصدم الشغاف كما تصدمه الرثية الحادة واذا اجابني الزميل الفاضل ان هذه العراقي قليلة تعد على الاصابع اجبته آجل لست انكر هذا ولكنها ثابتة ومتى ثبت احدها كان لا سبيل الى انكارها

وليس التهاب الخصى وضخامة العقد البلغمية ولا سيما في العنق والتهاب الملتحمة والتهاب القرنية والتهاب القرنية المشيمية والحمى التي ذكرتها عن جدول الاستاذ ترايو رأياً يقول به هذا الاستاذ وحده فقد ورد ما يؤيده في رسالة الطب الحديثة (في بحث الضنك الجزء الثاني ص ٧٥١) فكلمة (كذا) التي وضعها حضرة الزميل بعد ذكر هذه العراقي واحاطها بهلاين ليين لنا

اننا نغالي في ما نكتب او اننا نتبع رأياً متطرفاً ليس فيها شيء من الغلو واذا كان هناك غلو فمصدره بيروت لا دمشق

وما الشلل القسبي الذي ذكر الاستاذ دي برون عنه حادثة كبيرة الفائدة في رسالة الطب الحديثة (ص ٧٥١) ولدى الاستاذ تراپو منه حادثة اخرى ستنتشر قريباً في مجلة الامراض العصبية الباريسية الاء عرقلة شديدة الوطأة وهي عرض التهاب الطبقة السنجابية الدماغية تحت الحاد مع وهن فائق منشأه مضيق شوكي^(١) والمريض شاب من اعيان دمشق قصد الى بيروت بعد اصابته بهذه العرقلة بثلاثة اسابيع ولعل الكثيرين من زملائنا البيروتين رأوه فيها

فهل هذا كله لا يكفي للقول بان هذا الداء شديد الوطأة لا يداعب الجسد الذي يدخله مداعبة الجيب لحبيه بل يفتك به فتك العدو الذي لا يعرف الرحمة

ومهما يكن فلنا ان نبدي رأينا في الامر وليس لنا ان ندعو غيرنا الى قبوله اذا لم يقتنعوا بما اوردنا من البراهين . وعلينا في كل حال ان نشكر لحضرة الزميل الجليل عنايته بهذه الموضوعات سائلين ان يوفق المستقبل بين رأينا كما جمعت الصداقة وحب العلم بين قلوبنا والله الموفق في كل حال

1 Syndrome de polio encéphalite sub-aigue avec myasthénie isthmo-spinale consécutive à une dengue

الجراحة

التحفيض (drainage) في جراحة البطن

ملخصة بقلم الحكيم لومر كل استاذ السريريّات الجراحية
«عن مؤتمر الجراحة الفرنسي السادس والثلاثين»

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

عهد الى كدنه من باريس وباتل من ليون في وضع هذا التقرير عن

التحفيض في جراحة البطن

وقد بدأ المؤلفان كلاهما بلمحة تاريخية جزيلة الفائدة عن هذا الامر

فقسما تاريخ التحفيض في جراحة البطن ثلاثة عصور

العصر الاول : يمتد منذ عرفت الجراحة حتى السنة ١٩٠٠ التي ظهرت

فيها الطرق المتنوعة في التحفيض بعد ان مرت بدور طويل من الاختبار

وهي الطرق التي غولي في استعمالها في ذلك العهد .

فان بيزل (Peasle) قد حفّض منذ سنة ١٨٥٥ بعد استئصال المبيض الرّيح

المهيلي الخلفي بمسبار مطاط .

وفي سنة ١٨٦٧ حفّض كوبرله (Kœberlé) للمرة الاولى، جوف البطن

خلال جدار البطن بانبوب زجاج غائر حتى رتج دوغلاس

وفي سنة ١٨٧٦ حقّق اولهوزن (Olshausen) في المانية التحفيض البطني

المهيلي الاول بانبوب طويل .

واوجد ميكوليز (Mickuliz) سنة ١٨٨٤ التحفيض الشعري بذلك الشاش

وقد جرب لوزن تات (Lawson Tait) سنة ١٨٨٦ الاستنشاق (aspiration)

٢ — العصر الثاني : يمتد منذ السنة ١٩٠٠ حتى نهاية الحرب الكبرى وهو العُصر الذي مال به الجراحون الى تقليل التحفيض ان لم نقل الى حذفه بتاتاً .
 وما سبب ذلك غير الاتقان الذي وصلت اليه الطرق الجراحية والطهارة الفائقة التي بلغت طرق التعقيم والوضعات المختلفة التي عرفوا ان يضعوا المريض بها كالوضعة المائلة ووضعة فولر وغيرها . ولذا فقدت طريقة ميكوليز بعض اهميتها
 ٣ — العصر الثالث : هو العصر الذي نال به التحفيض والاغلاق ما يستحقانها بعد ان درسا درساً دقيقاً وترف الحالة التي يجب ان يستعمل بها هذا ام ذلك .

فان حنا لويس فور هو المدافع الاكبر عن الميكوليز في جراحة النساء وامبردان هو القائل بحذف كل تحفيض في معالجة التهابات الزائدة الدودية الجراحية على ان تكون الزائدة قد استؤصلت .

فهاتان الطريقتان تتجابهان في يومنا الحاضر احدهما تشير باغلاق جوف البطن ولو كان يخشى تعفن ثانوي حتى لو حدث هذا التعفن والثانية ترى في التحفيض اضمن واسطة لوقاية بعض المرضى المبتضوعين من الموت وتدعى الى احياء التحفيض بالميكوليز

ثم مر المؤلفان الى درس :

١ — طرق تحفيض البطن

٢ — قيمة كل منها ودرس صلات الخلب

٣ — البراهين المضادة للتحفيض والمناقشة بها

٤ — لمحة عامة عن استجابات التحفيض ومضاعفاته

٦ — استجاباته الخاصة .

١٠ - طريقتا التحفيض: الانبوبة والشعرية . فالطريقة الانبوسية تستخدم قوة الثقل متى وضع الانبوب في النقطة المنخفضة او تستفيد من ضغط البطن الايجابي متى خرج الانبوب من شق الجدار الامامي .

والطريقة الشعرية تؤدي الى اخراج السوائل بدون ضغط وخلافاً لشرائع الثقل وبين الاحفوض الغليظ وشبكة الشاش الدقيقة عدد عديد من وسائل التحفيض يطلق عليها شابو اسماً عاماً « التحفيض الحيطي او بانبوب مملوء »

ويجرى التحفيض الانبوبي في النقطة المنخفضة بطرق متنوعة : بالمهل بالعجان ، خلال العجز ، بالمستقيم ، بالقطن ، وذلك حسب الحالات

ويجرى هذا التحفيض في جدار البطن الامامي بالشق نفسه او بشقوق اخرى عديدة او بعروة بسيطة تفتح فوق العانة حسب طريقة رهن (Rehn) واما التحفيض الشعري فيجرى بوضع رفادات من الشاش ملاصقة لسطح الذي يراد تحفيضه على ان تبقى حرة في البطن وتخرج الى الخارج او بوضع ذبائل او رفادات في كيس يحفظها جيداً وهذا ما يسمى التحفيض بطريقة ميكوليز التي اتقن اجراءها حنا لويس فور ١٠

٢ - يستنتج من بعض الاختبارات الجراحة ولا سيما التي اجراها دالبه سنة ١٨٩٠ ان تحفيض جوف البطن تحفيضاً كاملاً بالانابيب ضرب من المحال لان فعل الاحفوض يظل محلياً وموقتاً .

واما الشاش الذي يحدث التحفيض بخاصته الشعرية فافضل وهو عدا ذلك يولد التصاقات تقوي دفاع الحلب ويمنع النزف بالضغط الذي يحدثه ويسمح لمولد الحموضة بدخول الجرح (فيلار) اما احفوض المطاط فتحيط به الالتصاقات بعد

١٢ - ٢٤ ساعة وينحصر تخفيضه حينئذ في الممر الذي يجتازه فقط .
فتمت اِردنا ان نولد التصاقات سريعة وان نخرج السوائل العفنة بالامتصاص
وننمها عن ان تنتشر في جوف الحلب ومتى رغبتا في قطع النزف قطعاً كاملاً
كان علينا ان نستعمل الشاش لانه الافضل

ولعل الجمع بين الشاش والاحفوض مفيد في بعض الظروف الخاصة .
صفات الحلب: الحلب اشد مناعة من النسيج الخلوي تحت الجلد بمائة مرة
(اختبارات نوتزل « Nøtzel » سنة ١٩٠٥) وسبب هذه المناعة يعود : ١ - الى
قوته الامتصاصية الكبيرة (بالتحال « osmose » والارتشاح والمضم) ٢ - الى
قوته التتوحيّة (exudative) (نعني بها الدور الاساسي الذي يلعبه الثرب بجمعه
سائر المحصولات المضرّة وعمله على تعديلها) ٣ - الى حدوث التصاقات وليس
هذا سوى امر تالٍ للقوة التتوحيّة ٤٠ - الى حسنيته الفائقة التي تمكنه من
ان يكون له دخل في جميع هذه الحالات .

وبعض صفات الحلب هذه كسيف ذي حدين : فان الاستصاص الذي
يتصف به الحلب قد يعود خطراً شديداً على البنية لان المواد السامة اذا امتصت
قبل ان تعدل سممت الجسد . وقد اوجدت هذه الفكرة النزّاعة الى تقوية
وسائط دفاع الحلب او تبديلها طرقاً عديدة في الممارسة .

١ - غسل الحلب وقد اُهمل بتاتاً لانه خطر بنشره للاّقات العفنة وباحداثه
انعكاسات قد يكون منها وهن شديد .

٢ - غسل الحلب بالايثير : تتجم منه عوارض خطيرة متى كانت كمية
الايثير كبيرة وقد اُهمل هذا الغسل بتاتاً غير ان مسح الحلب بالايثير دون ان

يغلق البطن قبل تبخره تبخراً تاماً قد تكون منه فوائد كبيرة .

٣ - نفخ الحلب بمولد الحموضة : لم يدخل بعد في الممارسة الجراحية

٤ - حقن الحلب بالزيت : اهمل

٥ - الاستئصال والاستئفاح : استعمالاً منذ الحرب الكبرى ولا يزالان

قيد البحث .

٦ - تخفيض الامعاء : (غسل المعدة ، خزع الامعاء) يفيد غالباً لانه يساعد

على انقاص السموم من البنية .

٧ - وضع الثلج على البطن ، التقطير بطريقة مورفي ، الحقن بالمصل

والزيت المكوفر والستر كخين وغير هذه من الوسائط التي لا تنكر فائدها .

٣ - البراهين المفادة لتخفيض البطن : يستطيع ضمها فئتين

التخفيض يحدث عدداً من العوارض .

التخفيض لا يفيد ولا يشار به .

أ - العوارض للنسوبة الى التخفيض :

١ - هو يسهل انحباس المواد العفنة والتمفن الثانوي في الوقت نفسه

٣ - يحدث التضاقات تعيد نزع الاحفوض صعباً وقد تنجم من استخراجها

صمامات بمنزق الاوعية المتكونة حديثاً أو انهداد معوي ونولسير معوية تالية

٣ - يحدث خروج البطن

تجنب هذه العوارض متى كان طرز التخفيض حسناً اما خروج البطن

فليس بامر ذي بال متى لم يكن من التخفيض سوى هذا العارض وكان له من

الحيات تحليص المريض من الموت .

ب - التخفيض لا يفيد : يقول حماة هذه الفكرة ان التخفيض لا يخرج السوائل بل يمنع الحلب عن الدفاع .

ولكن متى كان التقيح منتشرأ في الحلب كان تخفيض قسم منه مهما كان صغيرأ لا يتخلو من الفائدة لانه بعد كنجدة البنية ازاء العوامل المقيحة . فبعد ان اجري الجراحون التخفيض بالشاش جنوا منه من الفوائد ما لم يكونوا يحملون به . فانهم لاحظوا ان قطع النزف كان محققأ وان العملية قد قصرت مدتها وهذا ما لا يستهان به وان ساحة التعفن قد حصرت في التصاقات لا ينكر احد فعلها الدفاعي الحسن .
٤ - استطببات التخفيض ومضادات الاستطباب :

للتخفيض استطببات في جراحة البطن لا تزال مرعية وهذا ما يقر به عدد عديد من الجراحين . غير ان هذه الاستطببات قد قل عددها بفضل التطهير ووقاية الحلب اما مضادات الاستطباب فتتخصر في هذا الامر وهوان كل عملية طاهرة وفي بها الحلب جيدأ ازاء العوامل العفنة وكان بها قطع النزف تامأ لا يجوز ان تخفض غير ان من الحالات ما يستدعي حتى بومنا هذا التخفيض وهي كل حالة يخشى بها النزف والتعفن .

النزف : نعني به النزف من سطح واسع اي النزف الذي يحدث بعد تعرية ذلك السطح من الحلب ويكون خطراً يعرض حياة المريض للموت اذا لم يدك ذلك السطح ويضغط ولا افضل من الميكوليز في هذه الحالة .

اما اذا كان نزف حر في جوف الحلب فلا يجب تخفيضه الا متى تعفن التعفن لا نعني به التعفن الذي يتقله الجراح بل التعفن الناجم من العملة التي استدعت العملية . يجب علينا ان نميز اذن : ١ - العفونة التي تحدث في

اثناء العملية ٢ - العفونة التي كانت قبل العملية كخراج متكيس او كاتهاب
خلب متقيح متفاوت الاتساع .

١ - العفونة المحدثة في سياق العملية :

١ - لا يجب ان يخفض متى نزلت الآفة برمتها او متى دلّ منحني
الحرارة على ان البؤرة المتقيحة قد بردت او متى كان ستر الآفة بالخلب ممكناً
٢ - متى كانت الافات والاعضاء متعفنة منذ مدة طويلة كانت الافات
الواقعة في الجوار ما يشك فيه فاذا سهلت ازالة هذه الآفة المجاورة لم يكن
التحفيض واجباً والا كان وضع حاجز خلبي أي التحفيض ضرورياً .

٣ - متى كانت الآفة محدثة بالجراثيم اللاهوائية او بجراثيم مشتركة كان
تلوث الخلب سريعاً وخطراً وكان التحفيض واجباً

٤ - اذا كان السبب لا يزال موجوداً كما في خياطة القناة الجامعة التي
يشك في نجاحها كان التحفيض واقياً لجوف الخلب الكبير من التعفن .

وتختلف حالة التحفيض في هذه الحالات المتنوعة منذ انبوب الحياطة الدقيق الذي
ينزع بعد ٢٤ او ٤٨ ساعة حتى الدك بالميكوليز وبين هذين الحدين الاقصى والادنى
انواع عديدة من التحفيض بالانابيب المختلفة الثخانة والذبائل المختلفة العدد .
٢ - العفونة كائنة قبل العملية : منها نومان اساسيان التقيحات المتكيسة
والتقيحات المنتشرة .

أ - التقيحات المتكيسة : يجب ان تجفّف لان الرأي الطبي يجمع على ذلك
والاثايب في تحفيضا خيرا من الذبائل لان الالتصاقات تكون قد تكونت .

ب - التقيحات المنتشرة : الاراء فيها متضاربة غير ان الشرط الاساسي

الاول الذي يميز لنا ترك التخفيض جانباً هو ان يكون سبب عفونة قد أزيل برمته والشرط الثاني ان تكون العملية قد بكر في اجرائها . لان التأخر يسدع الآفة بجبالا للامتداد فيعيد استئصالها استئصالاً تاماً مستحيلاً .

هذا عدا ان الحالة العامة تكون قد ضعفت ولم يعد لها تلك المناعة ونكون المصلية التي تبدلت بدلاً شديداً قد فقدت معظم صفاتها الدفاعية وتكون الامعاء نفسها قد شلت وتوسعت واصبحت هي نفسها سبباً لعودة التعفن بارتشاح الجراثيم خلال اعضاءها .

ففي هذه الالتهابات المنتشرة بعد انبوب المطاط الغليظ الموضوع في رتج دوغلاس او في القسم السفلي من البطن والمرضية في وضعة نصف الجلوس افضل اذ لا خلاص لان الاحفوز ان لم يخرج السوائل جميعها فهو يخرج ما زاد منها عن استيعاب جوف الخلب والغاية هي ان تمنع السوائل عن احداث توتر شديد في جوف البطن اما التلقيح قبل اجراء العملية الجراحية الذي لم تعرف طريقه جيداً حتى الان وليس تطبيقه ممكناً في جميع الحالات فلا يبدل شيئاً من الخطة التي رسمناها . اما عمر المريض فلا يخلو من الاهمية : فلو كان نشاط الجراثيم متادلاً في عفونة اصابته ولداً واخرى اصابته كهلاً لكان دفاع الولد اشد من دفاع الكهل ومتى ساءت الحالة العامة بسرعة كان ذلك دليلاً على ان التعفن شديد الوطأة من نوع التعفّنات المسممة للدم التي لا قبل لنا على صدها فيترتب علينا تخفيضها . وكذلك القول في التعفّنات التي يكون صديدها نتن الرائحة فهي تدل على الاشتراك الجرثومي (عصية الكولون اكثر من الجراثيم اللاهوائية) وتستدعي التخفيض .

هذه هي المبادئ العامة التي تعد اساس التحفيض او الاغلاق في
آفات البطن .

٥ - استطببات التحفيض الخاصة :

في امراض النساء : نجد امرين فقط يحتاجان الى المناقشة في وجوب
التحفيز او الاغلاق وهما تقيحات الحوض وسرطان العنق .

لا تحفّض : ١ - التقيحات القديمة التي يعد قيحها طاهراً .

٢ - التقيحات التي بردت لان نشاط جراثيمها يكون قد ضعف جداً

٣ - التقيحات الناجمة من النفير دون سواء التي يستطيع استئصالها

دون فتح الجيب .

٤ - التقيحات الباردة (السلية)

٥ - التقيحات التي اعادت استئصال الرحم صعباً على ان يوقى الحالب

وتبطن الساحة بالحلب جيداً ويقطع الزف قطعاً تاماً وان تحفيض المهبل تحفيضاً

بسيطاً يكفي في الغالب .

والتحفيز حسن في حالات عديدة نستطيع جمعها في اربع فئات :

١ - طبيعة التعفن . (التعفن بعد الاسقاط ولا سيما متى شقت الرحم ،

او متى كان ورم ليفي متغفر)

٢ - مقر التقيح : يحسن بنا ان نحفّض متى كان مقر التقيح عالياً اي متى تناول

السيج الحلوي تحت الحلب عند قاعدة الرباط العريض او بعارة اخرى متى تجاوز

الطبقة العالية الرباط المعلق الحوضي ولقح الحفرة الحرقفية وعري الامعاء الدقيقة (كما في

الاكياس الكبيرة المتقيحة والتهاب النفير المتقيح المرافق لورم ليفي كبير وغير هذا)

٣ — متى صعب تبطين الافة بالخلب

٤ — في جروح الامعاء ولا سيما جروح الكولون اما في جروح المعى الدقيق فلا يحفض الا متى شك في حسن الخياطة

اما جروح المثانة فلا تستدعي التحفيز الا متى خيط الجرح والناحية متعفنة على ان تكون هذه الجروح خارج جوف الخلب .

سرطان العنق : لقد جاء المؤلفان حين الكلام عنه بالمناقشات التي جرت اثر التقارير التي رفعها حنا لويس فور اكبر حماة الميكوليز وهي تؤيد رأيه .

التهاب الزائدة الحادة : ينقل المؤلفان حين الكلام عنه رأي امبردان الذي لا يحفض مهما كانت الحالة على ان تكون الزائدة قد استؤصلت بل يكتفي بتجفيف الخلب ويخطط الجدار ويضع محفظة ثلج عليه فهو يبرد الافة بعد نزع الزائدة . واذا تكون خراج في الجدار عده كخراج تثبيت .

واما السواد الاعظم من الجراحين الفرنسيين فانهم يحفضون خلافاً لأمبردان . ولزمن النوبة الالهية الكبرى فان الافة لا تتجاوز الزائدة متى لم تمر عليها الا ٤٨ ساعة فلا يكون للتحفيز حينئذ اقل فائدة .

وطبيعة الافة يجب ان ترشد الجراح في عمله .

١ — متى لم تكن الزائدة مثقوبة : لا يحفض متى كانت الزائدة حرة

وقطعت قطعاً تاماً وجفف الخلب من السائل المصلي الذي فيه

واما متى كان قد مرّ على النوبة عدة ايام وكان قد اعتري المريض اسهال او شبه انسداد الامعاء فيكون ذلك دليلاً على تعفن شديد متصف بشبّس سريع جداً وحرارة عالية فيحسن في هذه الحالة بالاً بفلق البطن اغلاقاً تاماً .

٢ - خراج زائدي : يختلف التحفيض حسب مقر الخراج غير ان وجوب اجرائه لا شك فيه .

٣ - الزائدة مثقوبة والخلب ملوث :

أ - اذا كان في الخلب انصباب كدر ولم يكن قد فصل جوف الخلب بمحاجز تكون الآفة حديثة العهد وكثيرون هم الذين لا يحفضون في مثل هذه الحالة .
 ب - متى كان التهاب خلب عام متقبح وعرى الامعاء لاصق بعضها ببعض او غير ملتصقة وفي الخلب صديد وتوج ليفي كان التحفيض مفيداً .
 يكون رجا الزائدة في الغالب محاطا بخشكريشات خلية من شأنها نشر الآفة ويشار بالميكوليز في الحالات القديمة العهد .

ج - متى كان التهاب الخلب عنفياً والتسمم العام شديداً والامعاء مصابة بالخلذل (parésie) والعري المعوية زرقاء يغشيها نتوج ضارب الى السنجابي وجب ففتح البويرة والتحفيض بالميكوليز وخزغ الامعاء والاستئصال (sérothérapie) .
 في جراحة مجاري الصفراء : نجد في نهاية عدد عديد من العمليات المجرأة على

مجاري الصفراء استطلابي التحفيض الاساسيين نعني بهما النزف والتعفن .
 ففي خزغ القناة الجامعة واستئصال المرارة متى كان الالتهاب حاداً يعد التحفيض تحت الكبد طريقة من الطرق التي تضمن حسن النتيجة وكثيرون هم الذين يلجأون اليها .

واما في استئصال المرارة والالتهاب بارد فيجوز ان يغلق بدون تحفيض غير ان ابقاء احفوض دقيق بضعة ايام اضمن من الاغلاق .

في جراحة المعدة : لا يجد التحفيض استطباً عديداً لان قطع النزف

كاف في الغالب والتعفن قليل الوقوع .

ففي انثقاب القرحة لا يفيد التحفيز مطلقاً الا متى كان التقيح لان الانصباب يظل في الساعات الاولى طاهراً لا جراثيم فيه ولا حاجة الى تحفيز جوف الخلب متى لم يتجاوز الانصباب حاجز الرباط المعلق للكولون واما متى تجاوز هذا الحد فالتحفيز فوق العانة حسن .

في جراحة المعى الدقيقة : لا استطاع وضع قواعد شاملة في هذه الحالة . ففي الجراحة العادية (مفاغرة الامعاء) ليس التحفيز ضرورياً متى كانت الحياطة متقنة والاحتياطات قد اخذت جميعها .

وفي انسداد الامعاء تتعلق المسألة بالتبكير في اجراء العملية الجراحية وسرعة نزع العائق

وانثقابات المعى تراعى فيها القواعد نفسها التي روعيت في انثقابات المعدة مع تذكر هذا الامر وهوان تلوث السوائل المعوية بالجراثيم يزداد كلما اقترب من الاعور . ولا يشار بالعملية الجراحية في الانثقابات التيفية الا متى أُجريت العملية في الساعات الاولى .

وفي الجروح والتمزقات تكون المسألة معقدة فمتى أُجريت العملية بعد الحادثة بقليل وخيط الجرح اوقطعت الامعاء قطعاً متظماً لا يشار بالتحفيز . ومتى أُجريت العملية بعد حين وكان التعفن شديداً كان تحفيز القسم السفلي من البطن افضل وقد يشار بالتحفيز بالميكوليز .

وتمتاز العمليات التي تجرى على المعى الغليظ بإخطارها لان محتوى المعى شديد العفونة ولان خياطتها صعبة فالتحفيز فيها واجب ويجرى التحفيز من

الجرح متى كان محتوى المعى قد انتشر في البطن .
وكذلك القول في انغلاق السين الحرقفي اثر حالة سرطانية . يحفض
البطن متى شك في سلامة جوف الخلب بعد خياطة العروة المصابة خارجا
والتحفيز بالميكوليز هو المختار .

وان ميل الجراحة في وقتنا الحاضر الى جعل الافات السرطانية اقل
عفونة والى تثبيتها في الخارج تقلل استطببات التحفيز . ولا يعد التحفيز
واجبا الا في سرطان الاعور على ان يكون في النسيج الخلوي تحت الخلب
وبعد ان تكلم المؤلفان عن جراحة الطحال والكبد والمعثكلة (بنكرياس)
حيث التحفيز نادر (خياطة جدار الاكياس بالجلد) الا في التهابات المعثكلة
الزفية حيث التحفيز واجب انهى المؤلفان تقريرهما هذا المتع
بالاستنتاجات الآتية :

النتائج : ١ - استعمل تحفيز البطن الذي ظهر منذ ظهرت جراحة البطن
في العصور الاولى وفي جميع العمليات المجرأة على الحوض اجتناباً للتعفن الذي
كان كثير الحدوث في ذلك العهد . ثم انحصر استعماله في تعففات الخلب الحادة
فقط ولم يلبث التعقيم من جهة واتقان الطرق الجراحية من جهة اخرى ان حددا
ايضاً استطبباته .

٢ - تبين من درس التحفيز ان انصباب السوائل جميعها من جوف
البطن متعذر سواء كان التحفيز بالانبوب او بالشاش . وتبين ايضاً ان
الخلب يتصف بصفات دفاع جلييلة (الامتصاص ، تعديل المواد الحفنة ، الالتصاقات)
٣ - وهذا ما قسم الجراحين قديين فمنهم من وثق بقوة دفاع الخلب فلم

يشر بالتحفيز ومنهم من رأى التعفن شديداً والخلب قاصراً عن الدفاع وحده
فاراد التحفيز .

٤ - لا نستطيع ان نحذف تحفيز جوف البطن حذفاً باتاً حتى الان
فهو لا يشار به متى كانت العملية منتظمة طاهرة وكان ترميم الخلب تاماً غير انه
واجب متى لم تتوفر هذه الشروط

٥ - يشار بالتحفيز في بعض تقيحات الحوض الشديدة متى تلوث
الخلب الكبير وكذلك القول في سرطان عنق الرحم هذه الافة العفنة فان
التحفيز بالميكوليز قد انقص الوفيات بعد العمليات الجراحية انقاصاً شديداً .
٦ - متى كان التهاب الزائدة بدون انتقاب لا يكون التحفيز ضرورياً
ومتى كانت مثقبة وجب التحفيز .

٧ - في جراحة طرق الصفراء متى استوصلت المرارة او خزعت القناة
الجامعة وجب التحفيز لان الشك في متانة الخياطة والربط يستدعي ذلك
ويشار بذلك ما تحت الكبد في العفونات الخطرة المتغلغرة

٨ - في جراحة المعدة والمعى الدقيق: التحفيز غير ضروري متى كانت النسيج
سليمة وسهل تقريب الخلب ولكنه واجب متى كانت النسيج سربعة العطب
(انتقاب قرحة المعدة) او متى لوث محتوى المعى الخلب (جرح المعى الدقيق او تمزقه)
٩ - في المعى الغليظ: التحفيز واجب في جميع الحالات .

١٠ - في تعفنت الخلب الحادة: نزع الافة السببية في رأس كل عمل
والتحفيز غير واجب متى كان خلب الجوار وحده مصاباً ومتى سهل تنظيفه
واما متى كانت الافة اكثر انتشاراً فالتحفيز في اسفل البطن واجب .

المستامين والعصارة المعدية

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكي

في مثل هذا الشهر من العام المنصرم التقى الاستاذ الشهير غريمير (Grimbert) الاختصاصي بالكيمياء الحيوية ومدرسها في معهد الصيدلة بباريس محاضرة عنوانها المستامين والعصارة المعدية تكلم فيها عن طريقة جديدة بسيطة اهتمت اليها العالم كرنو (Carnot) وتلميذاه ليبي (Libert) وكوسكوفسكي (Koskowski) لاستحصال العصارة المعدية صافية رائقة وعن الثمرات التي يمكن ان تبني من ورائها .

ولما كنت من المستمعين لهذه المحاضرة القيمة والقائمين بتحليل كثير من العصارات (المستحضرة بهذه الطريقة الجديدة) في مخبر المعهد المذكور اردت ان لا يفوت الزملاء الافاضل ما يرجي من الفوائد من هذه الطريقة التي اخذت شأنها اليوم في جميع مخابر التحليلات الكيماوية بباريس فأقدمت على نقل شيء منها على صفحات مجلة المعهد الطبي الغراء مستلفتاً انظار الاطباء والكيميائيين الكرام ولا سيما اساتذتنا المحترمين لعلمهم لوسعة المجال لديهم يعمدون الى تطبيقها على مرضاهم الذين يعالجونهم ويتحفوننا بنتائج تجاربهم لنقارن بينها وبين ما قد استنتج حتى الان

قال الاستاذ غريمير :

يلجأ الطبيب المداوي للحصول على العصارة المعدية الى إطعام مريضه طعام التجربة كما هو معلوم اي طعام أوالد (Ewald) الذي يتألف من ٦٠ غراماً

من الخبز البائت مبللاً ب ٢٥٠ سم^٢ من الماء العذب . وبعد ساعة من تناول يستخرج السائل المعدي المنفرز بانبوب فوشير بعد ان يطلى البلعوم بالنوفوكائين للتبنيح الموضعي منعاً للقيء ويفحصه بنفسه ان كان من الاختصاصيين بالكيمياء الحيوية او يرسل به الى مخابر التحليلات الحيوية ليدأوى مريضه بحسب ما يستنتجه من التقرير المرفوع اليه . على ان السائل المستحصل على هذه الصورة ليس هو بعصارة معدية صافية بل هو مزيج منها ومن المواد المنهضة بعض الانضمام

وتعبير أصح هو عبارة عن محتوى المعدة ليس غير يكون فيه قسم من حمض الكلوردرريك متحداً بالمواد شبه الهيولية الموجودة في الطعام المتناول فلا يستفاد من التحليل الكيماوي والحالة هذه سوى الوقوف على القوة الهاضمة للمعدة لا على قوتها المفرزة وهو خلاف ما يقصد من التحليل ، هذا فضلاً عما يجده الكيماوي المحلل من الصعوبات في اثناء تحليله سائلاً مختلطاً غير صاف يحوي مواد غريبة شتى . لذلك كان الاستاذ كرنوفد اشار باتباع احدى طريقتين طريقة الطعام الوهمي او طريقة الطعام الكحولي . غير ان كليهما لا نفيان بالمطلوب لان الاولى يتعذر تطبيقها على المصابين بالقمه ولانها تعطي نتائج تختلف باختلاف نضوج الطعام وكيفية عرضه على المريض الى غير ذلك فهي في الحقيقة تفيد في تقدير شهوة الطعام لا في تقدير القوة المفرزة للمعدة . وكذلك الثانية يتعذر تطبيقها على كثير من المرضى ولا سيما مدمني الكحول ولا تحصل منها الغاية المتوخاة :

كل هذا دعا العلماء الاختصاصيين الى توجيه عنايتهم لحل هذه المعضلة

حلاً نهائياً بوضع طريقة بسيطة يمكن بها الحصول على عصارة معدنية صافية راتقة يسهل تحليلها تحليلًا كيميائياً بسيطاً وصحيحاً يستفاد من نتيجته في تقدير القوة المفرزة في المعدة وتشخيص بعض حالاتها الخلقية (الفيزيولوجية) وقد اهتمدى إليها أخيراً العالم كرونو وتلميذاه كما ذكرنا آنفاً فاستبدلت بها الطريقة القديمة لبساطتها ووفرة نتائجها وصفائه . وهي حقن المريض باسم^٢ من محلول الهستامين (histamine) الالفي تلك المادة المشتقة من الهستيدين (histidine) الذي هو حمض من الحموض الأمينية الدورية المخالفة (hétérocyclique) ويسمى « حمض ب - إيميدازول أمينوبروبيونيك » أو « إيميدازول آلانين »^(١) والاشتقاق ينشأ بعد اطراح ذرة CO_2 من ذرة الهستيدين

اوصاف الهستامين وخواصه - الهستامين جسم اساسي ثنائي المعادل . ملح الكوردريكي ينصهر في $+244$ الى $+247$ ويذوب في الماء والكحول والكلوروفرم ولا يذوب في الاثير . يوجد بين المواد الناتجة من التعفن الناشئ بتأثير بعض الجراثيم المنسوبة الى صنف عصيات كولي ولا سيما العصيات الحبة الامين (bacterium aminophilis) التي تمكن من تجريدھا العالمان برتالو Berthelot وبرتران Bertrand) في براز مريض مصاب بالتهاب المعى ، ويوجد في الجودار المهمازي وقد اصطنعه بطريقة التركيب الكيميائيون وينداوس Windhaus) وفوغت (Vogt) وبيمان (Pymann) .

تأثيره في الاوعية والضغط الدموي : اذا حقن الوريد به يحدث هبوطاً في الضغط الشرياني تصحبه اعراض تشبه اعراض الصدمة الهضمية

(1) Acide b-imidazol-propionique ou imidazol-alanine

(choc peptonique) ناجمة من توسع الاوعية المحيطية ، فهو اذن محرك للاوعية وخافض للضغط الدموي .

تأثيره في العضلات الملساء: يؤثر خصوصاً في عضلات الرحم الملساء وليس له اقل تأثير في العضلات المخططة .

تأثيره في العدد المفرزة: يذبه ان عدد المفرزة وخصوصاً المعدة فيستدعي افرازها وليس له ادنى تأثير في البنكرياس ولا الصفراء . ولا يتم افراز المعدة بتأثيره الا اذا حقن به تحت الجلد او بين العضلات . اما اذا حقن الوريد به او اخذ بطريق الفم فلا يشاهد له اقل فعل . ويستفاد من خاصته الاخيرة هذه على الصورة الآتية :

يحضر محلول مائي الفينول من كلورماتة المستامين ثم يمنع المريض عن الطعام ١٢ ساعة يدخل الى معدته عند ختامها قاتلير آينهورن (Einforn) وهي انبوب من المطاط قطره ٣-٤ ملمترات وطوله متر واحد وينتهي بقطعة معدنية زيتونية الشكل قطرها ١٤ ملمتراً ويتحمل المريض هذه الفترة طيلة التجربة دون انزعاج . وبعد ان يحقق خلو المعدة من كل شيء يحقن الوجه الوحشي للفخذ وتحت الجلد بسم واحد من المحلول الانف الذكر ثم تستخرج كل عشر دقائق العصارة المنفرزة في المعدة بمحقنة وتوضع الكميات المجذبة في كل مرة في انابيب على حدة . لان الافراز المعدي يبدأ بعد عشر دقائق تنضي على الحقن ويلمع اقصاصه بعد ٣٠-٤٠ دقيقة ويمتد ساعة او اكثر

فالعصارة المجموعة على هذه الصورة تدعى (العصارة المستامينية) وهي رائحة كالماء شديدة الحلاوة الحامضية مقداراً من حمض الكلوردريك اكثر مما

في العصاره المستحصله على طريقه الطعام التجريبي ويكون فيها الحمض جميعه حرّاً اي (CIH) الا 'عشره' فقط فيكون بحاله مركبة متحداً باجسام اخرى ويعاير مقداره على طريقه طبفر - لينوسيه (Toppfer-Linossier) باستعمال مزيج من الفثالئين وديمثيل أمينوازوبنزل (كاشف طبفر) كمشعر^(١)

من خواص كاشف طبفر انه يتلون بالحمرة الزاهرة بتأثير حمض الكلوردريك الحار او غيره من المحوض القوية ، وبالصفرة الفاقعة بتأثير القلويات . فاذا عولج به محلول من حمض الكلوردريك الصافي كان التحول من الاحمر الزاهر الى الازفر الفاقع آنياً وواضحاً جد الوضوح .

اما اذا عولج به محلول حمض ضعيف اي قليل التفكك اليوني فلا يسدو سوى لون برتقالي غير واضح (بدلاً من الاحمر الزاهر) يستحيل الى اصفر باضافة قلوي ما دون ان يمكن تمييز حد يدل على ختام التحول في اللون . لذلك نتعذر معايرة حمض عضوي بكاشف طبفر هذا معايرة صحيحة .

فاذا كان هناك مزيج من حمض الكلوردريك وحمض ضعيف (كحمض اللبن وحمض الخل) وقطر عليه محلول قلوي قام اللون البرتقالي الدال على وجود المحوض العضوية مقام اللون الاحمر الزاهر الدال على وجود حمض الكلوردريك عندما تصبح كمية (CIH) كلها مشبعة تماماً . فاذا أُضيفت عندئذ قطرة واحدة من محلول الفثالئين الكحولي وثو بر على المعايير حتى اشباع الفثالئين اي حتى يبدو اللون الاحمر الارجواني الخاص به امكن تقدير كل من (CIH) الحز والحيض العضوي في عملية واحدة .

ولدى تطبيق هذه الطريقة من المعايرة على المحتوى المعدي الذي يكون فيه القسم الاعظم من (CIH) متحدّاً ببعض المواد الناتجة من انهضام طعام التجربة والذي توجد فيه حموض عضوية حاصلة من الاختمار الجرثومي ظهر بون شاسع بين مجموع الحموضة المقدرة بالفتالئين وبين (CIH) المقدّر بكاشف طبفر .

وليس الامر كذلك في العصارة الهستامينية لخلوها من محاصيل الاختمار وبقايا الطعام وتكفي لاجلها معايرة بسيطة وحيدة بوجود الفتالئين كمشمّر لان الفرق بين الحموضتين الذي وجدته بعض الذين جربوا طريقة طبفر على العصارة الهستامينية كان ضئيلاً (١/١٠) من مجموع الحموضة المنسوبة الى (CIH) يمكن عزوه الى اتحاد هذا المقدار من (CIH) بالهضمين (pepsine) وتضع لك الحقيقة جلية بالنظر الى جدول النتائج التي حصل عليها ليبر من تحليل بضع عصارات هستامينية :

د	ج	ب	أ
٣١٤٠	٣٦١٤	٢٤٣٠	١٤٧٧
٣٦٢٠	٢٤٨٥	٢٦١٢	١٤٤٢
٠٠٤٠	٠٤٢٩	٠٤١٨	٠٠٣٥
			الفرق

اما مقدار الحموضة (المنسوبة الى حمض الكلورديك) في الحد الطبيعي فهي ٢-٣ غرام بالتر على الوسط ويزداد مقدارها في المصابين بالقرحضة وبفرط الحموضة حتى يبلغ ٤ غرامات بالتر واكثر

وينقص في حالة نقص الحموضة ولا يتجاوز ١٥٠ غرام بالتر .
واما في المصابين بالسرطان فعندما يكون في بدء تكونه ويمكن

المستامين ان يتنج افرازاً ضئيلاً فلا يوجد شيء من حمض الكلورودريك
(فقدان الحموضة (anachlorhydrie)

على ان مافع قدر المستامين ومنحه هذا الشأن الخطير ليس هو رجعانه على طعام
التجربة بانتاجه عصارة صافية بكثرة، بل مساواة النتائج التي يحصل به عليها في
اثناء عدة فحوص متتابعة تجري على عصارة المريض نفسه كما يتايد من اجاث ليبير:

في اليوم الاول			بعد ثمانية ايام				
مجموع الحموضة	CI	H	الفرق	مجموع الحموضة	CI	H	الفرق
١٤٧٧٠	١٤٤١٦	٠٥٣٥٤	١٤٤١٦	١٤٠٦٢	٠٤٢٥٤	١٤٠٦٢	٠٤٢٥٤
٢٤١٢٤	١٤٧٧٠	٠٤٣٥٤	١٤٧٧٠	١٤٥٩٣	٠٤١٧٧	١٤٥٩٣	٠٤١٧٧
٢٤١٢٤	١٤٧٧٠	٠٤٣٥٤	١٤٧٧٠	٢٤٣٠١	٠٤١٧٧	٢٤١٢٤	٠٤١٧٧
١٤٧٧٠	١٤٤١٦	٠٤٣٥٤	١٤٤١٦	٢٤٣٠١	٠٤١٧٧	٢٤١٢٤	٠٤١٧٧

نظرة واحدة الى هذا الجدول تكفي لاطلاع القارى على توافق الارقام
بعضها مع بعض (بفرق ضئيل يمكن اهماله) ولعدّ الرقم الوسط المستحصل في
عصارة مريض كمقدار ثابت لذلك المريض .

وليس الامر كذلك مع عصارة مستحصلة بطريقة الطعام التجريبي
لتفاوت الارقام الناتجة في المريض ذاته تفاوتاً شامعاً بين فحص وآخر يجري في
أزمان مختلفة مما يجعل ابداء رأي صحيح في حالته مستحيلاً .

ولا يخفى على المدقق ما في سرعة انفراز العصارة المعدية ومعرفة السمية
المجموعة منها في زمن معين من الفوائد في وضع التشخيص .

فلقد تبين من تجارب ليبير ان الانفراز يبدأ بعد عشر دقائق من الحقن
في الحالة الطبيعية . ويتأخر في المصابين بتشمع الكبد الوردي حتى نصف

ساعة ٠ اما في المصابين يفرط الحموضة أو بالقرحة أو بفرط الانفراز فيكون الانفراز اسرع اي يبدأ بعد أربع دقائق من الحقن ٠

اما الكمية المجموعة من العصارة في زمن معين فيظهر انها تناسب مع حموضتها المنسوبة الى حمض الكلوردرريك :

ففي الحالة الطبيعية يجمع ١٣٠ - ١٥٠ سم ٠ م في خلال نصف ساعة ٠

وفي فرط الحموضة يجمع ٢٨٠ سم ٠ م في أربعين دقيقة ٠

وفي نقص الحموضة لا يجمع اكثر من ٦٠ سم ٠ م في ساعة واكثر

على ان فائدة المستامين تتجلى في مساعدتها على التمييز بين قرحة وبين ناميات سرطانية في بدء تكونها لان في هذه الاخيرة يكون الانفراز بطيئاً وغير منتظم وقليلاً مع فقدان (CIH) من العصارة وفي الحالة المترقية يتوقف الانفراز ٠ هذا وان الحقن بمغرام واحد من المستامين تحت الجلد لا يحدث عرضاً ما خطراً واكثر ما تنتج منه حمرة في الوجه وزيادة في الضربات القلبية زيادة عارضة لتأثيره كموسع للاوعية واحمرار بسيط موضع الحقن احياناً ٠

وما يلاحظ في طريقة المستامين ان زيادة الانفراز الناجمة منه لم تستدع قط آلاماً شرسوفية ولا جوعاً شديداً حتى في المصابين بفرط الحموضة وبالقرحة المعدية اذ قد جاهر هؤلاء بانهم لم يشعروا باوجاع بطنية مؤلمة مع ان معدم كانت محتوية على كمية وافرة من عصارة صافية كثيرة الحموضة بتأثير المستامين الذي حقنوا به ٠ وهذا ما يدعو الى القول بان حس الجوع خلقياً (فيزيولوجيا) لا يتوقف على زيادة في الانفراز المعدي فقط وإن خالف هذا القول التعليقات المسرودة لايضاح الاوجاع المتأخرة التي تحدث في المصابين بالقرحة او الحموضة

معايرة المحوضة الفعالة بكاشف طيفر : اذا عويز مقدار المحوضة في عصارة معدية لا تحتوي على حموض عضوية ، بوجود الفثالئين كمشعر امكن تقدير جميع حمض الكلورودريك اي غير المتحد بالاسس القوية وبتعبير اوضح ان (CIH) الموجود في العصارة المعدية يعد حراً بالنظر الى الفثالئين . وكذا الحال في المحتوى المعدي اي العصارة المعدية الحاوية على مواد غذائية ناجمة من طعام التجربة . اما اذا استعمل مشعر آخر غير الفثالئين ككاشف طيفر او كاشف كنسبرغ مثلاً وعويزت العصارة ذاتها فتكون حموضتها اقل من الاولى مما يدل على ان جزءاً من حمض الكلورودريك متحد بالمحصولات الهضمية التي تعد كاسس ضعيفة ولا يمكن كشفها بالفثالئين .

فالفرق بين العيارين يكون اعظم في المحتوى المعدي منه في العصارة الهستامينية الصافية مما دعا بعض المؤلفين الى القول بان الفاعل في الهضم هو الحمض الذي تمكن معايرته بهذه الشروط فقط وسموه بـحمض الكلورودريك الفعال (actif) واكثر هؤلاء القائلين بذلك يعدون حمضاً فعالاً ، الحمض الذي تمكن معايرته بكاشف كنسبرغ على طريقة مونييه (Meunier) التي تقدر فيها المحوضة بكاشف طيفر اولاً لمعرفة الحد الموافق لكاشف كنسبرغ .

كيفية العمل . - التجربة الاولى ، بكاشف طيفر : يحضر هذا الكاشف بجل ٥٠ ، ٥٠ غراماً من ديميتيل آمينو آزو بنزول في ١٠٠ سم^٣ كحول . وهو احمر في الوسط الحامض واصفر في الوسط القلوي .

يؤخذ من العصارة المعدية ١٠ سم^٣ وتضاف اليها قطرتان من الكاشف ثم يقطر عليها من محلول الصودا العشري وتنتهي العملية حينما يبدو لون برتقالي ويرمز بحرف (ق) لما صرف من المحلول الصودي .

التجربة الثانية ، بكاشف كنسبرغ : يتألف هذا الكاشف من محلولين (ا) و (ب) ويحضّر كما يلي :

محلول ا —	لوروغلويسين	٢ غرام
محلول ب —	فانيلين	١٥ سم ^٢
محلول ب —	كحول عيارها ٩٥°	١٥ سم ^٢
محلول ب —	كحول عيارها ٩٥°	١٥ سم ^٢

ويحفظ كل من المحلولين في قارورة على حدة .

تؤخذ ١٠ سم^٢ من العصارة المعدنية ويضاف إليها (ق — ٠.٤٤ سم^٢) من الصود العشري^(١) ثم تؤخذ من هذا المزيج قطرتان وتوضعان في جفنة صينية صغيرة مع قطرة واحدة من كاشف كنسبرغ (ا) وقطرة واحدة من (ب) وتسخن الجفنة على حمام مائي بدرجة ٦٠° — ٧٠° (لا أكثر) فإذا بدا لون احمر زاهر (كحمر الزنجفرة) عند ما يحف السائل يضاف الى العصارة المعدنية المعالجة بـ (ق — ٠.٤٤ سم^٢) من الصود العشري ، مقدار ٠.٤١ سم^٢ من الصود العشري ايضاً وتؤخذ منها قطرتان وتوضعان في جفنة صغيرة مع قطرة من كاشف كنسبرغ (ا) وقطرة من (ب) كما في السابق وتسخن على حمام مائي وهكذا دواليك حتى يصبح التفاعل سليباً . فتختتم العملية ويرمز بحرف (ق) للمقدار المصروف من الصود العشري ويحسب مقدار حمض الكلوردر بك الفعّال (ب) وفقاً للدستور الاتي :

$$م = \text{حـق} \cdot ٠.٦٣٦٥ \text{ غراماً بالتر .}$$

وفي الجدول الاتي ترى بعض ارقام ناتجة من تحليل عصارة معدنية ، مستحصلة بطعام (أوالد) التجريبي مقدرة بالنسبة الى حمض الكلوردر بك :

٢٤٤ — ١٤٨	مجموع الحموضة
اثر	الحموضة العضوية
١٤٧ — ١٤٠٠	حمض الكلوردر بك الفعّال
٣٤٥٠ — ٣٢٠٠	مجموع الكلور

والخلاصة ان طريقة المستامين التي لا تضر بالريش والتي يمكن بها عيار القوة المفروزة لمعدة اي امرى كان في اي زمن ار يد توشك ان تقوم نهائياً مقام طعام أوالد التجريبي .

(١). لان (ق) اعظم بمقدار ٠.٤٢ الى ٠.٤٥ سم^٢ من الناتج بكاشف كنسبرغ

لسهولة تطبيقها ووفرة العصاره الناتجة بسببها وخصوصاً لصفاء الحاصل وتخلوه من بقايا المواد الغذائية مما لا يبيح حاجة الى اضاءة الوقت عبثاً بتجري المحوض الناتجة من الاختيار ولا المركبات الحاصلة من اتحاد حمض الكلوردر يك بالمواد شبه الهيمولية ونظيرة الهيمولية المتكاثفة^(١) اعني بتجري الكلور المـلحـد اتحاداً ضئيلاً . وعلى ذلك تـضمـحل مسئلة التمييز بين الصـكـلـور الحـر و بين الكلور الفعال من تلقاء نفسها وتكفي عندئذ معايرة بسيطة بقياس الحمض لتقدير حموضة المعدة والوقوف على نشاطها الكيماوية بدقة وصحة .
وها نحن نلخص فيما يلي النتائج المستحصلة من التحليلات الكيماوية وما تشير اليه من الحالات الخلقية :

مقدار الحموضة المنسوبة لحمض الكلوردر يك اذا كان :

بدل على حالة سرطانية	١٥٥ غرام فائق بالتر
== نقص في الحموضة	٢ — ٣ غرام
== حموضة طبيعية	٣ — ٤ غرام فائق بالتر
== فرط حموضة واصابة بالقرحة	انقراز العصاره المعديه بعد الحـقن بالمستامين :

== فرط حموضة او اصابة بالقرحة	بسر ٤ دقائق
او بفرط الافراز	١٠ دقائق
== حاله طبيعيه	٣٠ دقيقه
== اصابة بتشمع الكبد الور بدني	

الكمية المجموعه من العصاره اذا كانت :

تدل على نقص في الحموضة	٦٠ سم ٠ م في ساعه او اكثر
تدل على حاله طبيعيه	١٣٠ — ١٥٠ سم ٠ م في ٣٠ دقيقه
تدل على فرط حموضه	٢٨٠ سم ٠ م في ٤٠ دقيقه
	بطء الانقراز مع فقدان
بدل على نفايات سرطانية بدني بدني	٢٨٨ من العصاره :
بدل على نفايات سرطانية قديمه العهد	عدم الانقراز :

مقتضات عما يقال ويعمل

في سريريّات حنا لويّس فور (J. L. Faure)

« ٨ »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر وشوكة موفق الشطي

الحمل خارج الرحم (grossesse extra - utérine)

وقيلة الحوض الدموية (hématocele pelvienne)

تجمل قيلة الحوض الدموية دائماً من الحمل خارج الرحم . وهو حمل تنمو فيه البيضة خارج الرحم عوضاً عن ان تنمو فيها : والتفكير فيه واجب حتى شك في اعراضه

يستقر الحمل خارج الرحم في مناطق متعددة

فقد تستقر البيضة في المبيض وذلك نادر فيكون الحمل حينئذ مبيضاً (grossesse ovarienne)

وفد تقم البيضة الملقحة في الجوف فتستقر في البطن ويكون الحمل بطنيا (gross. abdominale) ثم تمص البيضة

وقد تستقر البيضة في احدى ثنيات الانبوب (frange tubaire) — الحمل البوقي المبيضي — او في الصوان فتحي كبرت انفكت منذ الشهر الاول عن البوق وانسكب الدم في الخلب وماتت البيضة وكان الاسقاط البوقي الخليلي . اما الدم فيبقى ويقم في الشهر الثاني نزف جديد فيتكون حول البوق والمبيض جيب دموي يزداد شيئاً فشيئاً

يصادف ذلك كثيراً في السريريّات فيدعو الى الالتباس وينزف من رحم المرأة في هذه الحالة دم اسود . ولا يتأخر فيه الطمث ولا تتكون قيلة دم حقيقية

في الحمل (dans l'ampoule) مقر البيضة فيه واسع ويتأخر الطمث في هذا الحمل شهراً او شهرين . وتبدأ الاعراض في الشهر الثالث حين نفوذ زغب الكور يون في جدر النفير . فينبثق الجيب الذي كان يعادل حجم برة آلة صغيرة وتظهر حينئذ اعراض الانشقاق

المروفة يسيل الدم من خلف الرباط العريض ويجتمع في رتج دوغلاس فيكون وراء الرحم قيلة دم كيسيّة

الحمل المضيقى (grossesse isthmique): ينمو هذا الحمل في عضو لا يقبل التمدد كثير الاوعية فينبثق في الشهر الثاني او في الشهر الاول ولا يتأخر فيه الطمث بل يصحبه نزف غزير تشبه علاماته علامات قيلة الدم الطوفانية (catachysmique) والالام شديدة فيه جداً .

في القسم الخلالى (الحمل الرحمى الغيرى): وقوع هذا الحمل الغريب نادر تشبه علاماته علامات الحمل الزاوى وتختلف عنها بتعذر نزول الببيضة الى الرحم فينمر الحمل ويمزق القرن في الشهر الثالث .

وقد نفع البيضة في الحمل البوقى وراء الرحم حيث يشعر بها في الورا اما في الحمل الزاوى فيشعر بها في الامام والحذر من خلط اتنا الرحم الجانبي بالحمل خارج الرحم يختلف قوام الببيضة في الرحم عما هو عليه في البوق فهي رخوة في البوق اما في القرن حيث تحيط بها عضلة فهي اشد قواماً

ويجب احراء العملية متى شخص الحمل خارج الرحم فاذا كان عمر الحمل اكثر من خمسة شهور اصبح نموه نمواً طبيعياً ممكناً لان دور الحوادث الخطرة زالت عنه . وقد يصل عمر الحمل حتى الشهر الثامن فيجب التوسط متى بدأت الاوجاع والتوسط صعب جداً في هذه الحالة .

واما ان يكون قد نما الحمل في جوف البطن او ظل انبوبياً بطنياً وتكون المشيمة في الحالة الاولى قد التصقت بالاعضاء المجاورة

وتستقر في الحالة الثانية على البوق أو الملحقات فتخرج الطفل وجب السعي وراء فك التصاقاتها وقد ينجم من ذلك الزفة خطيرة لذلك يجب ان يتحرى الذنب الرحمى المبيضي وان يلقط بالنقاش فان وقف التزفدل ذلك على ان المشيمة مرتكزة على الانبوب فيجرب فكها واما اذا ارتكزت المشيمة على الامعاء او على عضو آخر فيجب تركها على ان تحاط بحذر

البطن (marsupialisation)

وتشتد العوارض الخطرة كلما كان ارتكاز المشيمة قوياً من الرحم .

وإذا انبثق الحمل نجم منه نزف طوفاني او قيلة دموية متكيسة .

اما النزف الطوفاني فنادر ومتى وقم شحب وجه المريضة وامرأع نبضها واعتراها غثيان واقياء وساءت حالتها العامة . وكان ألم الغشي الانبثاقى واجتمع في الحوض الصغير في بادية الامر . مقدار لتر من الدم دون ان ينجم منه عرض سريري مهم . وهذا الدم سائل لا يشعر به في الرحم وتبدو الرحم حين النحوص في هذه الحالة متحركة متموجة . ولا يفيد المس اي فائدة . ويلاحظ ان البطن منتفخ قليلاً وان الخلب متنبه (peritonisme)

ويبدو متى قوت ناحية ما فوق العانة (بعد تقر بـغ المثانة) والحفرتين الحرقنيتين صمم ذلك اذا زادت كمية الدم النازفة عن اللتر

واول ما يجب عمله في هذه الحالة هو وضع المريضة على منضدة العمليات وامالة رأسها الى الاسفل لا يصل الدم الى مراكر البصلة ، وتدفتتها (بلف الساقين بالقطن) وحقق ور يدما وتحت جلدها بمصل اصطناعي يحقن الوريد بحجاجة فتؤثر سيق الحال واخرى تحت جلد الثدي فيكون تأثيرها بطيئاً ويبتدىء بعد ان يكون فعل الحقنة الوريدية قد زال ويحقن تحت الجلد ايضاً بمليغرامى كظرين او يمزج نصف حجاجة منه بالمصل الاصطناعي قبل حقن الوريد بها . وتختصر الادوات اللازمة لاجراء العملية فان تحسنت الاعراض بعد ربع ساعة وجب التأني اذ قد يكون سبب هذه الحوادث الصدمة والارجح ان ينتظر ساعة او ساعتين قبل اجراء العملية

واما اذا لم تتحسن حالة المريضة على الرغم من الوسائل المتخذة فيدل ذلك على نزف احد الشرايين ويكون الاسراع بالعملية واجباً وقد لا يتجاوز الدم البازف ١٠٠ غرام مع ان العوارض التي تنكوها بعض النساء تكون شديدة فتكون الصدمة سبب هذه العوارض ويجب حينئذ تأجيل العملية لان التكبير فيها يمت .

هل وضع التشخيص ممكن ؟

التشخيص صعب جداً . يجب ان يتحرى الطبيب بعض العلامات الصغيرة وهي :

في حالة النزف تطبل البطن

في حالة الصدمة : لين البطن وتسطحه

النض التزفي : نض سريع لا يعد يتجاوز عدد دقائقه ١٤٠

النض في الصدمة : هو نض منخفض التوتر لا يشعر به الا باستماع القلب الذي يبدق

١٢٠ مرة في الدقيقة

الوجه ابيض ولون الشفتين شاحب في النزف

والوجه جامد منقبض ولون الشفتين بنفسجي في الصدمة

هبوط الحرارة : يصادف في الحالتين . ويصعب تمييز احدهما عن الاخرى في اغلب

الاحيان وقد تموت المريضة ينأ يفحصها الطبيب

والطريقة التي يجب اتباعها والسير عليها هي ما يأتي :

لا يجوز استعمال التخدير القطني لانه يخفض التوتر فيحميت المريضة وهي على

منصدة العملية .

والتخدير بالاثير افضل على ان تنشق منه مقادير قليلة

ولكن أيجوز ان تعطي المريضة دماً ؟ لا يسمح الوقت في الحالات الخطورة باجراء

هذه العملية وعلى الطبيب ان يحقن الوريد بمهل اصطناعي ثم يجري بعد

العملية ما يراه لازماً كنقل الدم او غيره

وأبسط شيء هو ان يكون لدى الطبيب ثلاث محاقن معقمة سعة كل منها ١٠٠ اسم

مكعب وان تكون كل واحدة منها مجهزة بآبرة وان تستحضر ثلاثة فناجين من محلول

ليموناة الصودا العشري على ان يكون المعطي خالياً من البرداء وداء الافرنج وان تمزج اولاً

على صفيحة ٥ قطرات من دم المعطي وخمس من دم الآخذ . يستحسن ان يكون في

كل شعبة اناس مخصصون لاعطاء دماهم .

العملية : يفتح البطن ويفتش عن المكان النازف وتوضع اليد في جهة الرحم فتشعر

بالآفة عادة ويتبع الرباط العريض ويضبط ذنبه الرحمي المبيغي بين اصبعين فيقف النزف

موقتاً ومتى بدأ الجراح برؤية الساحة رؤية حسنة اعاض عن اصبعيه بمنقاش . ولا يجب

ان ترزعج المريضة مطلقاً في اثناء نقلها الى سريرها ولا ان يظن الدم الذي يسيل

من الاحنوض بغزارة وهو الدم الذي كان مجتمعاً تحت الحاجز نزفاً جديداً لانه قد يعادل

التر في بعض الاحيان

ومنى اضطجعت المريضة في سريرها بعد ان كانت مائلة وهي على المنضدة وجب تحاشي
العشي الابيض والموت بغافة دم البصلة لذا يحذر بالطبيب ان يميل السرير
ومنى تكسبت القيلة الدموية غابت الاعراض ولم يبق منها الا العلامات الدالة على
القيلة الدموية وبعض نوب مؤلمة ناجمة من التوتر الذي يرافق الانزفة الناكسة .

المس: يشعر بورم في جانب الرحم مرتفع جداً في بعض الاحيان او واقع في رتج دوغلاس
فيظن انه ناجم من التهاب المبيض والملحقات . ولكن عوضاً عن ان تتحسن حالة المريضة كما
هو الامر في التهاب الملحقات تشعر بنوب آلام جديدة . وتشترك الرحم بالتأثر مما يقع في
جوارها فينتكون فيها غشاء رحيمي ساقط ينجم من انفسكاكه تزد دم اسود وانفراغ الدم
الاسود متقطعاً كان او مستمر كما هو الذي يلفت الانظار نحو التشخيص

ومنى وصل الدم الى رتج دوغلاس دفع الرحم الى الامام فشمع حينئذ بورم رخو
عجيني ملتصق بالرحم ثم يتعشى هذا الورم ويصلب فيصبح مشابها للورم الليفي ويمتاز عنه
بحدوده المحيطية وقوامه .

وقد تنقص القيلة الدموية المتكيسة عفواً او تطرأ عليها عوارض ناجمة من لجم ندية .
واذا لم تهجج النوب المؤلمة وخيف من تكرار الانزفة كان الافضل ربط الذنب . ولا حاجة
الى الانتظار مدة طويلة لاجراء العملية .

وقد يكون جيب القيلة الدموية مدوراً في بعض الاحيان فيشابه بمنظره منظر الكيس
ولكن ليس لهذا الجيب غشاء خاص . وقد يخرق الجراح المثانة او الامعاء اذا حاول تسليخ
الورم فعليه ان يستعصي فيه ويستأصل القسم المريض منه — المبيض والنفير — ولا حاجة
الى استعمال الميكوليس في هذه الحالة بل وضم احفوض ٤٨ ساعة كاف للتخفيض وقد
يكون تغير الجهة المقابلة مرتشعاً بالدم وممتلئاً بدم اسود حتى انه قد يجبل ان هناك
التهاباً في الملحقات وهذا خطأ فالافضل ألا يمس لان هذه الحالات هي حالة التهاب كاذب
في الملحقات لا تستدعي استئصال الرحم

وقد يتعفن الحجم بطريق البوقين او من مجاورته للحمى الفليظ قد ترتفع الحرارة و يعود

المس مؤلماً ويصبح الحجم رخواً

ومتي تقيحت القيلة الدموية كانت الوساطة الوحيدة خزع الرج الخلفي على ان تستأصل الرحم بعد حين

اذن تستدعي الحجام الدموية — ان يسار اليها بطريق البطن والحجام القيجية ان يسار اليها بطريق المهبل ولربما قلد الحمل خارج الرحم المصاحب للقيلة الدموية الاسقاط فدعا الطبيب الى كشط الرحم فسكانت من هذا الخطأ عراقيل وخيمة وازدياد القيلة الدموية

التشخيص — ترتفع الحرارة في اليوم الثاني لتكون القيلة الدموية

ولما بعد الاسقاط فلا يقع شيء سوى الالتئام

ومتي شعر بكثرة حول الرحم او بجوارها وجب القاء الحفرة جانبا (التهاب الملحقات او القيلة الدموية)

واذا شك في الامر وجب ان يوضع الجليد على البطن فتحسن الحالة .

سرطان الرحم (Cancer de l'utérus)

العرض الاول نزف طوعي او محدث غير انه من النوع المستمر .

سرطان جسم الرحم : يقع اكثر مما تدونه الكتب فهو يعادل ٢٠ في المائة من

سرطانات الرحم وما سرطانات النساء الطاعنات في السن الا من هذا النوع في الغالب .

اسباب الخطأ في التشخيص ثلاثة : اولاً . انزفة الدم التي تصيب الفتيات ففي اصاب

النزف امرأة فتية لم يفكر الطبيب في اصابتها بالسرطان

وقد يصيب السرطان نسوة لمن من العمر ٤٠ عاماً (فيظن ان ذلك ناجم من المراحل

او من اورام ليفية او انقراض مشيمية وقد تكون الحالتان معاً)

ثانياً : جودة الصحة العامة تحول النظر عن الاصابة بالسرطان لان حالة المريضة العامة

قد تبقى في السرطان حسنة مدة طويلة من الزمن

ثالثاً : انزفة سن اليأس : تخدع الطبيب فلا ينتبه الى الاصابة بالسرطان ولكن لهذه

الانزفة صفة مميزة وهي كونها منقطعة يد ان انزفة السرطان متصلة

بدء العلة : تبدأ الاصابة بنزف مستمر مختلف الغزارة يزداد على اثر الرض والفحص

النسائي والحفن والحجام والسفر وكل ما من شأنه تحريك الرحم . فتشكك الانثى هذه

الاعراض بعد سن اليأس كانت اصابتها بالسرطان محتملة كل الاحتمال بمعدل تسعة

اعشار الحوادث فاذا بدا العنق سليماً كانت العلة في الجسم والمفرزات البيضاء قليلة في هذه الحالة على عكس ما يضاف في سرطان العنق ولا تصبح المفرزات تنبت الا متى استولى الاثنان على جوف الرحم ولا تبدو هذه العلامة الا متأخرة وليست ثابتة اما الالم فقد يبدو . وسرطان جسم الرحم هو السرطان المولم الوحيد ويكون مؤلماً متى ظهرت في باطن الرحم كتل سرطانية واخذت الرحم تنقلص عليها فتحدث القولنج الرحمي المصحوب بالآلم في القطن وفاحية ما فوق العانة . وليست هذه العلامة اكدية لانها تظهر في ثلث الحالات

حجم الرحم : قد تكبر الرحم ويبدو كبر حجمها ولا سيما متى قوبلت بأرحام النساء المستنات الضامرة .

ولا يمكن وضع التشخيص الا بواسطة واحدة وهي كشط الرحم كشطاً استقصائياً : توسع الرحم وتكشط فتجتمع الانقاض على رفادة وتفحص ، الحذر من ثقب الرحم (فني ألقت العين منظر البراعم السرطانية سهل تشخيص العلة والافضل ان ترسل الانقاض المشكوك فيها الى مخبر التشريح المرضي ليعين نوعها)

ومتى تقدمت العلة كبرت الرحم وانتشر الداء الى ما حولها والى الخلب . فعاد التوسط الجراحي اذ ذاك مستحيلاً وتكون قد ضاعت الفرصة . فوضع التشخيص منذ بدء النزف واجب اذن

وسرطان الرحم الراهوزي هو السرطان الذي يستقر في قعر الرحم . ويسير هذا السرطان دائماً نحو جدار الرحم ويندر ان ينتشر نحو العنق .

يحدث سرطان العنق مستعمرات انتقالية (metastase) الامر الذي يجعل انذار العملية شيئاً على الرغم من قلة النكس الموضعي . ويجب ان يميز المرض عن :

التهاب الرحم الشيخوخي : الذي ينجم من اثنان غشاء الرحم الشبيخة المخاطي (اي رحم ضامرة) ويتصف بمفرزات قيحية وتكون براعم نازة واما اذا كان العنق مغلقاً فتتجسس المفرزات وتتقيح الرحم (pyométrie) وتكبر . يأخذ القيح يسيل منها متى سبرت بقياس الرحم . وتنفى هذه العلة بكشط الرحم وبسلها بضع مرات

التهاب الرحم المرجلي (metrite polypeuse) : يصيب الفتيات والمستنات ويبدو

بمفرزات مصلية دموية وبجسامة الرحم وبألم • يصادف في الارحام المتليفة تشخيصه سهل اذا ظهر المرحل في فوهة العنق والا كان التشخيص صعباً ان لم تكشط الرحم لانه يقد اذ ذاك اعراض السرطان جميعها بما فيها الخشكاشة وتن المفرزات ويجب ان يفكر في الورم اللينفي المستحيل المصاب بالملوات الذي تنقذ منه انقراض نسيج مسخرة خاصة طرق المداواة : اثنتان الراديوم او العملية

يزيل الراديوم البراعم التي استولت على الجدار فينجم من ذلك ثقب و التهاب الخلب وقد تحدث هجمات سرطانية في امكنة اخرى (استعمار) على اثر المداواة بالراديوم فلا يجوز استعماله في هذه الحالة

وافضل عملية هي استئصال الرحم القسبي اولاً لان هذا الاستئصال اقل خطراً من التام وكاف متى كانت الآفة مستقرة في العمق •

واما الوصول الى العقد المصابة فصعب • واذا بدا من فحص القطعة ان المضيقي مصاب وجب تجويف العنق او استئصال الرحم استئصالاً كاملاً (فيكون الطعم قد وقع من جسم الرحم) • ولا يجوز في مثل هذه الحالة ان تلقط الرحم بمنقاش موزو الذي قد ينفذ في برعم بل يلقط القرنان ويخشى ايضاً ان يعلم المهبل في المكان الذي قطع به •

وصفة القول ان سرطان جسم الرحم سرطان خبيث يستعمر امكنة بعيدة وينسكس ومن السرطان ما هو مشيمي ويدعى الورم المشيمي الابطاليالي (chorio-épithéliome) وهو ما كان يسمى الورم الساقط الخبيث (déciduome malin) • تسرع هذه الاورام في النمو فتخرق براعمها الاوردة وتحدث صمامات استمارية وينمو الورم في الغالب اثر اصابة المشيمة بمرض (الرحي العدارية mole hydatiforme) او اسقاط مر عليه ٢ - ٣ اشهر وتكون الرحم قد كسحت

غير ان زف الدم يستمر وتكبر الرحم وتنبص منها في قترات انزفة الدم بمفرزات غزيرة فتنتحل المريضة وتصاب بفاقة دم شديدة • فيثبت التشخيص بالفحص النسيجي • واستئصال الرحم بطريق البطن خطر حيث قد يجرى به البعض بطريق المهبل واما النجاح فشكوك فيه لان الاستعمار كثير الوقوع •

(للبحث صلة)

مَجَلَّةُ المَعْنَدِ الطَّبِيِّ الْعَرَبِيِّ

دمشق في تموز سنة ١٩٢٨ م الموافق لحرم سنة ١٣٤٦

حصة مثانة في طفل عمره ١٨ شهراً

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر



جامعيّاتي يوماً رجل شركسي يحمل على ذراعه ولده نجياً يستشيرني في امر هذا الطفل الذي يشكو اضطرابات بولية منذ سبعة اشهر . فيكون عمر الولد اذئ حين بدأ يشعر بهذه الاعراض البولية زهاء سنة . وقد افادني ان حالة الولد تشتد يوماً عن يوم وانه لا يتمكن من البول الا بعناء شديد وانه يتألم متى بال ويشتهي ويتشنج ويصرخ وانه يبول ١٥ - ٢٠ مرة في النهار ومرتين الى ثلاث مرات في الليل

ويقول الاب ان ولده لم يبل دماً مطلقاً ولم يصب بسلس البول وهو لا يبل اثوابه الا عند نهاية البيلة . اما حالته الطبيعية فلم تكن جيدة وهو دائماً مقطب الجبين يئن ويكي ودلائل الألم ظاهرة على محياه .

وصفوة القول : ان هذا الطفل كان مصاباً بعسر البول وألم وبواله

نهارية ليلية وسوء الحالة العامة .

ومما يذكر في سوابق المريض الصغير ان والدته حملت حين كان عمره رضيعها ثلاثة اشهر ففطمته وغذته منذ ذلك الحين تارة بلبن البقر وطوراً بلبن الماعز او الغنم

وقد افادت عمتها انها كانت تألم من ناحيتها القطنية وان ألمها استمر سبع سنوات ولم ينته الا بعد نوبة شديدة القت في اثنائها حصاة بحجم الابهام وفي هذا ما فيه من الغلو عن حجم الحصاة غير ان التاريخ الطبي يذكر شيئاً من هذا النوع .

وقد روى اهل الطفل ان في قريتهم ولدين صغيرين استخرجت لهما حصاتان من المثانة واحدهما في السنة الثالثة من عمره والاخر في السنتين والنصف .
كل هذا حملنا على تشخيص حصاة المثانة . غير اننا لم نتمكن من حمل الولد على البول وهو في عيادتنا لتتحقق منظر بوله وقد اجرينا المس الشرجي فشعرنا بان المثانة بارزة في الشرج ولم نشعر بحصاة لان تقلص بطن المريض تقلصاً شديداً منعنا عن ان نثني جداره على الاصبع المدخلة في الشرج .

ولم نلجأ الى الاستقصاء بالقائير المعدني لاتنا فضلاً عن الصعوبة التي كنا نتظرها في فترة ولدٍ متقلص كنا على ثقة باننا سنضطر في النهاية الى الرسم الشعاعي اثباتاً للتشخيص ولهذا بدأنا به وقد رسم الولد فظهر الرسم ان في المثانة حصاة كبيرة .

العملية: أجريت في ٢١ تشرين الاول سنة ١٩٢٧

التخدير بالايثير وبقناع امبردان

المثانة لا تضبط السائل الذي تحقن به .

أُجري شق خثلي ورفع الشحم امام الحلب وسئل معاون ان يحقن المثانة بماء مغلي ثم بزلت المثانة بالمضغ وشق جدارها بين منقاشي كوهر حسب الطريقة التي يشير بها امبردان وشق اغشاء المخاطي الذي لقط بمنقاشي شابو حتى محاذاة الشق العضلي في العالي والاسفل ، وادخل منقاشيَّان عوضاً عن ماقط الحصاة لمسك الحصاة واخراجها فلم يسمع حس معدني ناشئ من ملاسة المنقاش للحصاة بل جلّ ما كان منه انه ادمى الغشاء المخاطي الذي كان محتقناً ، فادخل حينئذ الخنصر بعد نزع القفاز في شق المثانة الصغير وشعر بالحصاة التي كانت محتبسة في القسم الخلفي العلوي من المثانة فحررها وجاء بها الى محاذاة الشق ثم استخرجت بماقطبيَّان وخيطة المثانة طبقتين بآبرة رفردن رقيقة جداً وترك فيها مسبار ماليكو رقعة ١٦ وخيطة الطبقة العضلية الصفائية خياطة رخوة وخيطة بعدها الطبقة الجلدية بشعر فلورنسة .

ثم وضع الطفل في سريرته وربطت قدماه ويده كما يربط الضفدع حذراً من ان ينزع مسباره المثاني

عواقب العملية المباشرة : حسنة ، الحرارة طبيعية ، البول صافٍ وندب

الجرح سار سيراً حسناً حتى انني في اليوم الخامس اي في ٢٧ تشرين الاول نزع مسبار المثانة الخثلي وجربت ان اضع مسبار نالاتون في الاحليل فلم يخرج البول من هذا المسبار بل كانت النتيجة ان الطفل كان يتحرك فأفضت حركته الى انفراج القسم العلوي من الجرح الخثلي ثم بدت في الايام المقبلة اعراض التهاية حذاء الجرح . فاعيد مسبار ماليكو في ٣٠ تشرين الاول ولم ينزع الا في

٨ تشرين الثاني .

ووضع مسبار نالاتون في الاحليل فلم ينصب منه البول فاستبدل بمسبار صمغ ولا هذا انصب منه بول ايضاً بل كان البول جميعه يسيل من الفوهة الختلية دون ان يحدث ضرراً هذه المرة وبقيت الحال على هذا المذوال حتى ١٢ تشرين الثاني اذ بدأ البول بالسيلان من الممسار الاحليلي غير انه كان ينقطع احياناً وكان يكون الجرح الختلي بنزارة الفضة واخذ البول المنصب منه ينقص يوماً فيوماً لان الفوهة كانت تضيق وقد نزع المسبار في ٢١ تشرين الثاني فبدأ المريض منذ ذلك الحين يبول عفواً اي بعد العملية بشهر .

ثم ترك الطفل المستشفى في ٢٣ تشرين الثاني وحالته حسنة .

اما الحصاة التي استخرجت فكانت مزيجاً من حماسة الكلس وحمض البول وكان وزنها غراماً ٧٠ . ستغراماً وطولها ١٨ ملمتراً وعرضها ١٣ ملمتراً .

.....

ان في هذه المشاهدة فائدة كبيرة لان عمر الطفل حين بدأت اضطرابات بوله الدالة على ان حصاة في مثاثه لم يكن تجاوز السنة والتاريخ الطبي لا يروي الا القليل من هذه المشاهدات

وحصى المثانة في الاطفال كثيرة في سورية فان شعبتنا الجراحية تستخرج في السنة ٧-٨ حصاة ولعل المستشفيات الاخرى الثلاثة في المدينة الفرنسي والانكليزي والطلياني تستخرج ثلاثة اضعاف العدد الذي نستخرجه هذا عدا الحصى التي يستخرجها الجراحون خارج المستشفيات . فما هو السبب في كثرة هذه الحصى يا ترى ؟ هل يجب ان ننسبه الى الماء ام الى المتجولات ؟ ولكن

الاولاد الاوربيين الذين يقطنون سورية لا يصابون بالحصى اكثر مما يصابون بها وهم في اوروبا . لا ينكر ان الاوربي يصنع جهده متى كان الامر مستطاعاً لكي يشرب ماء غير الماء الذي يشربه السوري الا انه يستنشق كالسوري الاغربة نفسها . ولماذا لا نرى الا نادراً التهاب الزائدة في السوريين ولا نكساً في المصابين بالحصى ؟

اما التشخيص فاقول فيه ان مس الشرج والاستقصاء بالمبار المعذني او الصغني وسائط لا يركن اليها الا متى كانت الحصاة جسيمة والولد كبيراً ، واما متى كان الولد صغيراً فان صعوبة البول والالم والبولية مع خروج بضع قطرات من الدم في اخر البول وظهور السلس وان نادراً تكفي للتشخيص الذي يثبت الرسم الشعاعي وبما ان الرسم الشعاعي امر لا مندوحة عنه للجزم في الامر ولا سيما لمعرفة حجم الحصاة فالافضل ان بتدأ به على ما ارى متى رأينا ولداً يتألم وكان فحصه مستصعباً

اما طريقة العملية فاقول فيها انني لم اعد املاً المثانة قبل الشق الختلي لان تخمين سعتها مستصعب فهي اما ان تبقى ناقصة فيستصعب اجراء العملية او ان تمتلئ جداً ثم تنفرغ قبل الوصول الى خزع المثانة . وربط القضيبة برفادة لا يتحملها احليل هولاء الصغار . ولهذا فضلت ان يشق الجلد والطبقات التي تليه حتى الشحم امام الخلب وبعد ان يرفع هذا الشحم يسأل احد المعاونين ان يحقن المثانة بماء مغلي او بمحلول اوكسي سيانور الزئبق فيرى الجراح بعينه ان المثانة تنسع وتبرز ، فما له الا ان يأخذها بمنقائي كوهر او شابر ويبرزها بالبضع ثم يكمل شقها ، ويجب ان يثابر المعاون على الحقن ما زال الجراح لم يكمل شق المثانة

والا هرب الغشاء المخاطي امام الموضع وانسلخ عن الطبقة العضلية فتي اراد الجراح ان يفتش عن الحصاة مرة بين الغشاء المخاطي المنسلخ والطبقة العضلية ولم يجد الحصاة فانما حدث له هذا وجب ان يعود المعاون الى الحقن ليرى ثقب الغشاء المخاطي ويوسعه لان الماء ما زال يخرج من الجرح يدفع الغشاء المخاطي الى الخارج فتطفو حافته فتمسك بالمشبك وينقل الى موضع الشق بالموضع او المقرض حسب مقتضى الحاجة

والفتيش عن الحصاة بلمط الحصاة او بالمنقاش الذي ينوب عنه لا يجدي نفعا متى كانت الحصاة صغيرة او محتبئة في قرن او في احدى ثنيات الغشاء المخاطي بعد ان تكون المثانة قد عادت الى حجمها لان فراغ الماء منها واذا اصر الجراح على التفيتش بمنقاشه رض الغشاء المخاطي المحتقن المتعفن وادماه فيجب والحالة هذه ان يدخل اصبعه مفتشا عن الحصاة لان الاصبع تجدد الحصاة ولا تدبي الغشاء المخاطي

وقد رأيت بعد الاختبار ان خياطة المثانة خياطة تامة بعد وضع مسبار نالاتون في الاحليل امر يجب الاقلاع عنه ولعل الاغلاق مسلم به متى كان الولد كبيراً اما متى كان طفلاً فان الاغلاق املاً بتقصير زمن الندب يوقع في الندم سواء اكان السبب اهمال ملاحظة المسبار لان الممرضات لم يعتدن هذا الاعتناءات الدقيقة التي تعلمها ممرضات شعبة مسالك البول ، او كان عناد هؤلاء الاطفال او عجز المسبار عن القيام بوظيفته حق القيام لانه يدل مقره فينجس البول في المثانة عوضاً عن ان ينصب منه ويترشح بين طبقات جدار البطن فتلتبب وتظهر الاعراض العامة فيضطر الجراح الى قطع الخيوط والعودة الى التحفيض

من الناحية الختلية وبما ان الامر ينتهي بالتحفيز الختلي فالاجدر بنا ان نبتدىء به لان الابتداء به لا يضيع وقتنا كما يظن البعض ولكنه يكسبنا وقتاً . وانتي احفض ايضاً الحلاء امام الماثنة بمخضلة من شعر فلورنسة وانتركها فيه ٤٨ ساعة واخرجها من اسفل الجرح .

ولا يجوز نزع مسبار ماليكو من طرف الجرح العلوي الا بعد ان يكون الجرح قد اندمل جيداً اي بعد ٨-١٠-١٥ يوماً حسب الحالات ولا وضع مسبار في الاحليل الا في ذلك الحين . فاذا لم يتم مسبار الاحليل بوظيفته خرج البول من فوهة ختلية قد نذبت اطرافها فلم يعد خوف من ارتشاح البول في جوانبها . ولا يشفى المريض شفاءً تاماً قبل ٢٠ - ٣٠ يوماً غير ان شفاؤه يكون أكيداً

فاذا روعيت هذه الشروط كان استئصال الحصى الماثنة في الاطفال مهما كانت سنهم عملية لا خطر فيها واذا لم تراعى كان اغلاق الماثنة منذ البدء اغلاقاً تاماً مدعاة الى عراقيل جمة خطيرة ولا سيما متى كانت حالة الولد العامة متأخرة كما هو الامر في اكثر الاطفال الذين يؤتى بهم الينا

....

هذه هي الملاحظات التي رأيت في سردها فائدة للقراء الكرام



عرض التهاب الطبقة السنجابية الدماغية تحت الحاد

مع وهن فائق منشأه مضيتي شو كي تاليم

للضنك^(١)

للحكيم توابو استاذ السريرات الباطنة وطبيب المستشفيات العسكرية
ترجمها الحكيم مرشد خاطار

يسرنا ان نذكر اليوم عرقلة من عراقيل الضنك وهي اصابة نوى ملتقى
الدماغ السنجابية في سياق هذه الوافدة .

ولهذه المشاهدة فائدة كبيرة بالنسبة الى السبب المحدث لانه قلما يحدث
مثل هذه العراقيل وبالنسبة الى العلامات العصبية لان هذا العرض الذي شاهدناه
فيه شيء من صفات التهاب الطبقة السنجابية الدماغية الحاد المنتشر وشيء من
صفات الوهن الفائق الناجم من البصلة والحبل الشوكي ، نموذج ارب غولد فلام

(Erb-Goldflam)

أصيب مريضنا في سياق وافدة ضنك شديدة الرطأة انتشرت في سوربة
الصيف الماضي بهذا الداء الذي لم يترك بيتا الا دخله ولا اسرة الا اصاب اكثر
افرادها . فاعتراه كما كان يعتري المرضى الآخرين فجأة وهو متمتع بصحة حسنة
صداع شديد للغاية ووهن عام ودوار وعلت حرارته فبلغت ٣٩-٤٠ ° وأصيب

(١) نشرت في المجلة العصبية جزء نيسان سنة ١٩٢٨ بعد ان قدمت الى جمعية

الامراض العصبية في باريس .

بالآلام مفصلية ولا سيما في ركبتيه حتى انه كان يشعر انهما تنسحقان وهذه الصفة من صفات الضنك المميزة التي سمي من اجلها بابي الركب

ثم ظهر النفاط النموذجي الحصيبي الشكل على الجسد جميعه محترماً الوجه والاغشية المخاطية وطرق التنفس الامر الذي يعال لنا خلو المريض من الزكام وسيلان الدمع والسعال واعراض النزلة القصصية والاعراض الرئوية ويسهل تمييز هذا الداء عن الحصبة وهي قليلة في سورية . وقد سار المرض سيراً حسناً لان الحرارة سقطت بعد ثمانية ايام والنفاط احمى وهذه هي القاعدة غير ان وهناً متزايداً في عضلة الاجفان المدارية استمر ثابتاً جرياً على هذه القاعدة نفسها فلم يكن المريض قادراً على اغلاق عينيه الا بصعوبة شديدة^{١٣} وكان يشتد هذا الحذل اشتداداً تدريجياً حتى ان ضغط الاصبع للجفن العلوي اصبغ ضرورياً لجره واغلاق العين حين النوم . وعلى الرغم من كل هذا كانت تبقى العين منفوحة بعض الانفتاح في اثناء النوم . اما حركات المقلة جميعها فبقيت طبيعية ، ولم يظهر حول ولا تشوشات حدقية . غير ان المريض كان يجد صعوبة في الكلام وكان يعلم ان سبب هذه الصعوبة ناجم من اللسان والشفيتين . وكان تكلمه في الصباح فقط قوياً غير انه كان يشعر بتعب في التكلم بعد ان يكون قد تكلم مدة من الزمن وكان يصعب عليه لفظ الكلمات التي تخرج من فيه مشوشة . وكان الصوت ذاته انفياً وسميحاً والمضغ مزعجاً . وكانت المواد الطعامية تجتمع بين اقواس الاسنان والشفة السفلى . حتى ان المريض كان يدفعها الى فمه باصابعه لكي يكمل مضغها ويلعها — اما البلع فكان مشوشاً تشوشاً قليلاً واما النفخ والصفير وغيرهما من حركات الوجه فكانت مستعجلة وكانت

تشاهد من آوثة الى اخرى تقلصات ليفية في نصف عضلة الجفن المدارية السفلى الأيمن، وكان اسفل الوجه جامداً بعض الجمود وكان اللعاب يسيل غزيراً والمريض يمسحه دائماً عند الصوار (ملتقى الشفتين) الأيمن، ولم تبين لنا معاناة الجهاز العصبي التامة اقل تشوش في الحركة أو الحس او الافعال المتعكسة، وكذلك القول في فحص الاجهزة الاخرى فلم يبد لنا فيها الا انخفاض شديد في التوتر الشرياني الذي كان يعلل لنا سبب الوهنين العصبي والعضلي العام وتعب عضلات الوجه واللسان تعباً سريعاً، فقد كان التوتر الاقصى بقياس باشون ١٠٥، والتوتر الادنى ٨ ولم تكن في ماضي المريض سوابق زهرية ولم يظهر من معاناة السائل الدماغى الشوكي من الوجهات الكيماوية والحلوية والحيوية اقل تبدل فيه ولم تتمكن من اجراء تفاعلات الاعصاب والعضلات الكهربائية لان الوسائط كانت مفقودة وقد وصفنا للمريض كميات كبيرة من الكظرين (ادرناين) والستر كنين فاخذت التشوشات العضلية في الجهة اليسرى من الوجه بالزوال سريعاً ولا سيما الخذل الوجهي وعاد الصفير والنفخ احسن والكلام أسهل ولفظ الاحرف الشفوية اوضح وقد زال الصوت الانفي ونقص الريل وعادت العين اليسرى قادرة على الانغلاق انغلاقاً تاماً، وكل هذا التحسن بعد بضعة ايام، غير ان التشوشات استمرت في منطقة العصب الوجهي الايمن لان المريض لم يستطع اطباق عينه اليمنى وكانت علامة شارل بل (Charles Bell) واضحة كل الوضوح وكان الفم منحرفاً انحرافاً قليلاً الى اليسار حتى ان من رأى المريض للمرة الاولى وكان يجهل ما اصابه لم يكن يتردد في تشخيص لقوة تامة من النموذج العضلي مع تغلب الوجهي العلوي، وهذا هو التشخيص الذي وضعه

اطباء بيروت الذين استشارهم المريض بعد حين ، في ذلك الوقت الذي كانت به حالة المريض قد تحسنت ووهنه قد زال وتعبه قد خف غير ان توتره الشرياني كان لا يزال منخفضاً على الرغم من تحسنه بعض التحسن .

....

ان تشخيص السبب واضح لا يحتاج الى مناقشة لان هذا العرض ظهر في سياق وافدة الضنك وفي سياق ضنك اصاب المريض ولسنا نرى حاجة الى الشك في التهاب الدماغ النومي لان هذا المرض لا اثر له في دمشق الان ولان معاينة السائل الدماغي الشوكي اثبتت انه طبيعي ولان داءه لم يترك عقبولا ثابتاً ولان لقوته قد شفيت تمام الشفاء .

....

لسنا نجعل ان الضنك قلما يحدث عراقيل عصبية من هذا النوع . وان هذه العراقيل العصبية هي من صفات الضنك الكاذب جرياً على تسمية روجرس (Roggers) ذلك الضنك الذي يمتاز عن ضنك شواطىء البحر المتوسط بخلوه من النفاط وبكونه من الحميات الاجنبية ومن الامراض الفصلية التي تنتقل بالكوكلكس او البعوض الارقش (الستاغوميا) وبظهوره في انحاء اخرى من الكرة الارضية : في الهند وشاطئي الاتلانتيك .

....

فهذا العرض الذي شاهدناه هو اذن مما يستلفت الانظار لانه نادر ولان العلامات العصبية فيه تعود الى عرضين عصبيين يمتاز احدهما عن الاخر كل الامتياز وهما : التهاب الطبقة السنجابية الحاد (polioencéphalite aigue) والوهن

البصلي الشوكي (myasthénie bulbo-spinale) . فإن التهاب الطبقة السنجابية
يعلل لنا خذل اللسان والشفيتين والحنك الذي ينم به تشوش الكلام والبلع والمضغ
والريل وخذل مدارية الاجفان والارتعاشات الليفية في منتصف المدارية
واللقوة من النموذج النووي التي استمرت طويلاً كعقبول للمرض .

....

وعرض ارب غولدفلام يعلل لنا تعب العضلات ووهنها وازدياد الخذل
متى نشطت العضلات الى عملها وقصور الكظر الواضح الناجم منه هذا الضعف
العضلي والوهن الشديد العام وانخفاض التوتر انخفاضاً غير مألوف . وانخفاض
التوتر الشرياني الى حدٍ قلما يصادف في السريريات هو كثير الحدوث في
الضنك . فهو الذي يهب المرض والنقه الطويل صفته المميزة كما بين ذلك
الحكيم الفرد خوري . ولهذا لم نعجب لاننا صادفناه وبه نعمل تعليلاً سهلاً
الوهن الفائق المضبقي الشوكي الذي شاهدناه . وليس في اصابة النوى المضيقية
المحدثه لالتهاب حقيقي في الطبقة السنجابية ما يعجب لان الضنك آفة عاملها
المرضي راسخ على ما يرجح وما من يجهل ما بين المادة السنجابية والجراثيم الراشحة
من المحبة والعلاقة .



المداداة بالأشعة فوق البنفسجي ونائجها

في بضع عشرة مشاهدة

للحكيم حسني سبج رئيس السريريّات الباطنة

تمهيد

شاعت المعالجة بالأشعة فوق البنفسجي في السنين الاخيرة شيوعاً عظيماً شأن كل مداواة مستحدثة وعم استعمالها شتى الامراض حتى ذهب البعض الى عدها دواءً عاماً يركن اليه في سائر الحالات المستعصية على المداواة الاخرى غير ان هذه الفكرة لم تلقَ نجاحاً بل اخذت بالافول فانحصر استعمال الأشعة المذكورة في امراض خاصة سنأتي على ذكر بعضها في هذه العجالة مؤيدين ذلك بمشاهدات مرضى عالجناهم في عيادتنا . ان عدد هذه المشاهدات قليل لا يستحق ان يبنى عليه رأي في المداواة غير اننا لا نرمي في سرد هذه المشاهدات الا الى تأييد المشاهدات العديدة التي تنشر المطبوعات الطبية في بلاد الغرب مئات منها والى لفت انظار الاطباء في بلادنا الى فائدة هذه الأشعة والاستفادة بها . وهتي جهاز المستشفى العام بالأشعة المذكورة تمكنا من جمع مشاهدات اوفر عدداً واكثر تنوعاً لان مشاهداتنا كلها طيبة .

وقبل ان اسرد المشاهدات ارى فائدة في ذكر لمحة موجزة عن صفات الأشعة ف . ب وطريقة المعالجة بها .

معلومات طبيعية :

من المعلوم ان الطيف الشمسي اذا اجتاز موشوراً بلورياً تحلل الى حزمة مرئية مكونة من سبعة ألوان : احمر ، برتقالي ، اصفر ، اخضر ، كحلي ، نيلي ، بنفسجي . وفي طرفي الحزمة الضيائية المرئية حزمتان غير منظورتين احدهما بعد اللون الاحمر وتعرف بالاشعة تحت الاحمر (infra-rouge) وتتصف بصفات حرورية كما يتضح من ادناء المستحر (ترمومتر) منها . والثانية بعد اللون البنفسجي وتعرف بحزمة الاشعة فوق البنفسجي (ultra-violet) تتصف باوصاف كيمياوية لانها تؤثر في ملاح الفضة في لوحة التصوير الشمسي . اما الحزمة المرئية فليس لها صفة حرورية ولا كيمياوية بحتة بل يشترك تأثيرها بين هاتين الخاصتين .

وتمتاز الاشعة من الوجهة الطبيعية عدا الخواص التي ذكرناها بطول الموجة اي تكرر اهتزازاتها ، فكلما كثرت سرعة الاهتزازات قصر طول الموجة والعكس بالعكس . فالاشعة ف . ب . ذات موجة ضيائية قصيرة تقدر بـ ١٨٥٠ الى ٣٣٠٠ انغوستروم (angostrom) (وهو جزء من عشرة آلاف جزء من الميكرون) بينما الاشعة تحت الاحمر ذات موجة طولها من ٨٠٠٠ الى ٦٠٠٠٠٠ انغ . واشعة الطيف المرئي طول موجاتها ٣٣٠٠ و ٨٠٠٠ انغ .

فالشمس تبعث النينا بهذه الانواع المختلفة من الاشعة المرئية وغير المرئية ولا تصل النينا جميعها بل تمنعها الرطوبة والغبار والدخان فتعود الفائدة من المداواة الشمسية قليلة في المدن لوقوف قسم كبير من الاشعة فوق البنفسجي وامتصاص العوائق المذكورة لها ناهيك عن اختلاف كميتها في الفصول المختلفة من السنة وفي الاوقات المتنوعة من النهار مما دعا الاطباء الى ارسال من يفيدهم الاستشاس

من المرضى الى أقلهم جاف مرتفع لتجني الفائدة من الأشعة فوق البنفسجية الطبيعية
وان صعوبة الحصول على اشعة الشمس المفيدة وتنظيم شدتها دعا العلماء الى
ايجاد منبع اصطناعي ينشر الأشعة ف . ب .
المتبع الاصطناعي للأشعة ف . ب .

تكون الأشعة فوق البنفسجية في شتى المصابيح الكهربائية مختلطة بغيرها من
الأشعة التي تؤذي او لا تفيد .

يستعمل في المداواة الشعاعية نوعان من المصابيح : المصباح ذو القوس
الفحمية (lampe aarc en charbon) والمصباح ذو القوس الزئبقية
(lampe à arc en mercure) وهو من الكوارتز (quartz) الشفاف مفرغ من الهواء
وفيه كمية من الزئبق تبخر بتأثير الحرارة الشديدة المتكونة من التيار
الكهربائي فيه فتكون الجزئتها قوساً مضيئة تنشر كمية كبيرة من الأشعة ف . ب .
وهذا المصباح هو الاكثر شيوعاً لسهولة استعماله وتنظيمه وهو ما عولنا عليه في
مداواة مرضانا . وقوته الضيائية ٣٥٠٠ شمعة .

طرز المداواة

لم نستعمل الأشعة ف . ب في المداواة الموضعية لاعتقادنا بقلّة فائدتها فكل
المعالجات التي اجريناها معالجات عامة يتعرض فيها جنس المريض كله للأشعة
ما خلا الوجه الذي يستر بغطاء ايضاً حَقْظاً له من الاسمرار . وتوقى العينان
بمنظرات (عويّات) خاصة لا تنفذ فيها الأشعة ف . ب لان هذه تؤثّر تأثيراً
سيئاً في العينين فتلهب الملتحمة التهاباً وخيماً ومستعصياً على المداواة .
تجرى المعالجة والمريض مضطجع على منضدة مستورة بغطاء ايضاً يعلوها

المصباح ذو القوس الزئبقية وهو عمود عليها وتكون المسافة بين المصباح والمنضدة زهاء متر في الجلسة الاولى اذا كان المريض طفلاً و ٠.٩٠ مترًا اذا كان كهلاً وتقص المسافة المذكورة تدريجياً ٣-٥ ستمترات في كل جلسة حسب تحمل الشخص ومدة الجلسة. يبدأ في الجلسة الاولى بست دقائق ثلاث على السطح الامامي وثلاث على السطح الخلفي من البدن ٠ ثم تزداد كل جلسة زيادة تدريجية ٣-٥ دقائق حسب تحمل الشخص ايضاً ٠ اذن يتبدأ بالمداواة والمصباح على علو متر او نصف متر والزمن لا يتجاوز ست دقائق ثم تقص المسافة تدريجياً وتزداد المدة بالنسبة نفسها حتى يصل ارتفاع المصباح الى ٦٠ - ٥٠ سانتيمترًا والمدة الى نصف ساعة او ساعة حسب نوع المرض

ان اقل مدة استعملناها كانت ٢٠ دقيقة للأطفال وساعة للكهل واقصر مسافة وصلنا اليها كانت ٥٠ سنتيمترًا و ٤٥ دون تمييز بين الطفل والكهل واما عدد الجلسات فهو جلستان او ثلاث جلسات في الاسبوع ولم نستعمل اكثر من ذلك ويوصي البعض بجعل الجلسات يومية غير اننا لم نر حاجة الى ذلك بل كنا نكتفي بجلستين في معظم الحوادث ٠ وكثيراً ما كنا نضطر الى جعل الفاصل بين الجلستين الاولى والثانية = ٥ ايام بسبب ظهور الاحمرار (érythème) الذي كنا ننتظر زواله قبل عرض الشخص لاشعاع آخر لا يشعر الشخص في اثناء الاشعاع بشيء ما بل كثيراً ما يأخذ النعاس ويقبل الاطفال عليه بكل ارتياح وبلا تدمر

هذا في اثناء الجلسة واما بعدها فان الحالة تبقى كما هي اربع او خمس ساعات من التعرض للاشعة فيظهر حينئذ احمرار مع وخز وحكة شديدة في بعض الاحيان

تمنع الرقاد في اليوم الاول . ثم تخف الاعراض المذكورة في اليوم التالي وتزول تدريجياً بعد عدة ايام .

ويجتنب تعريض من تعثرهم هذه العوارض للأشعة قبل زوالها زوالاً تاماً وتجعل مدة الجلسة الثانية كالجلسة السابقة ليعتاد المريض الأشعة فلا تظهر فيه العوارض المذكورة شديدة كالسابقة وإذا احتمل الجلسة الثانية حسناً زيدت شدة الاشعاع بانقاص المسافة وزيادة زمن التعرض .

يتلو الاحمرار المذكور استمرار اشده في الاماكن التي تقع عليها اشعة المصباح عمودية وبعد بعض المشتغلين بالأشعة ف . ب هذا الصباغ علامة دفاع العضوية ازاء الأشعة المذكورة. وينظرون اليه كعقبة او حاجز يمنع الأشعة عن النفوذ واننا نرجح ما ذهب اليه جمهور آخر من الشعاعيين وهو ان هذا الصباغ لا يقي من الأشعة ف . ب لان الاحمرار يظهر في الامكنة المعرضة لها والتي يسترها هذا الصباغ وقد اثبت غليوم (Guillaume) ان الاصبغة المذكورة تستقر تحت الأدمة والآفات الناتجة من الأشعة واقعة فوقها

ومهما يكن الامر فان هذه الاصبغة تزداد شدة كلما كثر التعرض للأشعة ف . ب حتى يصبح جسم المريض كله اسمر ذا لون خاص . واذا لم يوق الوجه من الأشعة المذكورة اسود ايضاً ولذا يستر بغطاء ابيض .

ومما لاحظناه في اثناء مناوباتنا ان هذه الاصبغة تظهر في الكحول أكثر من ظهورها في الاطفال وهذا يؤيد الفكرة القائلة بتأثير الأشعة في الغدد ذات الافراز الداخلي وعلاقتها بهذه الاصبغة .

النتائج الخلقية (الفسيولوجية): للأشعة ف . ب تأثير بين في الاعضاء

والاخلاط يعزوه البعض الى تأثيرها في النهايات العصبية الواقعة على سطح الجلد التي تنقل تأثيرها الى الاعضاء الداخلية فتنشط خاضعة لعمل انعكاسي وينسبها البعض الاخر الى فعل الاوزون الذي ينتشر في اثناء المداواة وفريق آخر الى تأثير الاشعة في الاوعية الدموية السطحية . تؤثر الاشعة في المصابين بفاقة الدم فتزفع كمية خضاب الدم وتزيد عدد الكريات الحمراء (المشاهدة ١٣) بعد عدة جلسات وقد ذكر ماير (Meyer) ان هذه العناصر تنقص في الجلسات الاولى ثم تظهر كريات فتيية في الاوعية المحيطة ويزداد عدد الكريات الحمراء . اما الكريات البيضاء فلا تتأثر تأثراً كبيراً الا ان الكريات البلغمية منها تزداد كما ذكر بعضهم .

وذكر روثمن (Rothman) انخفاض التوتر الشرياني لتوسع اوعية الجلد الشعرية على ان بعض الاشخاص لا تؤثر الاشعة في توترهم .

وللأشعة ف . ب تأثير في التغذية العامة بالتحول الذي تسببه في الدم فقد ذكر ان الاشعاع الشديد يحول حامض الحماض الى (CO₂) وماء فتتقص كمية حامض البول وحامض الحماض مما دعا الى استعمال الاشعة في المصابين بالحرض ولا سيما بالنقرس . وتجنّى فائدة جليئة من تأثير الاشعة ف . ب في تطور (métabolisme) المواد المعدنية تأثيراً جليلاً في الحالات المتصفة بنقص المواد الكلسية كالخرخ (الراخيظس) وداء التشنج (spasmophilie) (المشاهدتان ١٥ و ١٧) اذ تزداد كمية هذه المواد في الدم بعد التعرض للأشعة ف . ب . فقد ذكر لانه (Lesné) ازدياد الكلسيوم في الدم بتأثير الاشعة من ٧٠ إلى ١٠٠ في المائة

١١٦ مليغراماً وهو الحد الطبيعي

ولهذا السبب تؤثر الأشعة في نمو العظام الطبيعي فتسرع وفي العظام المريضة فتثبت المادة الكلسية فيها .

ومن تأثير الأشعة في الجملة العصبية شفاء التظاهرات الاختلاجية التي تطرأ في سياق بعض علل الطفولة الأولى .

وتؤثر الأشعة في التطور الاساسي (métabolisme basal) فتزيد نشاطه وتقوم بخدمة جليلة في الامراض المتصفة باختلال افرازات الغدد . وسنأتي في الجزء القادم ان شاء الله على ذكر النتائج الدوائية والملاحظات السريرية



الحكيم حكمة المرادي

فجعت دمشق بفقدته وهو من امهر اطبائها واصفاهم سريرة . كان رحمة الله رحمة واسعة في حياته الطبية مثالا اسمي للاخلاق الفاضلة منكبا على العلم والادب نال شهادته الطبية من معهد دمشق التركي وعكف على التخصص بامراض الجلد والامراض الزهرية فكان له فيها اليد الطولى وقد احب لغة الفارسي منذ صغره وجد في تنقيح الكلمات الطبية العربية المستعملة في اللغة التركية وهي كثيرة فانشأ مقالات ضافية في جريدة « الصحة العمومية » التي كانت تصدرها ادارة الصحة سنة ١٩٠٨ وفي سواها من المجلات وشعرع اخيراً بنقل كتاب الطب الشرعي التركي لمؤلفه الحكيم وصفي الى اللغة العربية غير ان الاجل لم يمهله لاتمامه فلم تصدر منه الا ثلاثة اجزاء ولم يشفق على امرته ولا على الطبابة التي فقدت فيه عضواً من ابل اعضائها . امه كنه الله فيح جناحه وعزى قلوب اسرته الاسيفة .

الضنك (ابو الورك) والبعوض

لم ينقطع سير المناقشة في الضنك وطريقة انتقاله بين الحكيم الشيخ امين الجليل امين سر جمعية الاطباء والصيدالة في بيروت ورئيس انشاء هذه المجلة الحكيم مرشد خاطر واتسا ابراراً بوعدنا السابق ندرج في مجلتنا ما نشرته المجلة الطبية العلمية في بيروت ليطلع عليها قراؤنا الكرام «المجلة»

رد الحكيم الشيخ امين الجليل - بيروت

(الجواب الثاني على اسئلة واعتراضات جديدة للاخ الحكيم مرشد خاطر)

ان ما يكتبه الاستاذ مرشد خاطر لجدير بكل اهتمام : لان الاخ حقيق بفائق الاجلال لعلومه الوافرة واخلاقه السامية ، ولان الموضوع ذو شأن خطاير وعليه رأينا من الواجب العلمي والوطني والتهذيبي ان نسطر الجواب الاتي وهو الثاني ، عسى ان يوصلنا الى الحقيقة او يقرّبنا منها ، كما تمّ الى الان بما سبق من المناظرة اللذيذة التي لم نزل فيها ونحن على أمل اتمامها في هذه المرة
١- قال الاستاذ الدمشقي : « فلو كان الضنك كالبرداء لكان ظهوره في صيف كل سنة امرأ متحتماً لان البعوض ينقف كل سنة الخ »

ان من المعروف في الاوبئة منذ القديم ان الجدري او الكوليرا او الطاعون او الحصبة اذا دخلت بلداً عمت كل من تعرّض للجراثيم وكان في قابلية لها ، فيشفى من يشفى ويموت من يموت ، ويبقى الباقيون في مناعة على الداء او عصمة

منه الى مدة ، قد تطول لعدة سنين . وهذا عينه ما يحدث في مستنبتات المختبرات فان الجراثيم لا تعيش فيها الى ما شاء الله بل يقوم ما كتب عنه اخيراً بسر دكا (Besredka) ولاسيا (d'Hérôle) في كلامه عن ذلك الشيء العجيب وهو دون الميكروب وغير المتظر المسخى (bactériophage) اي مفترس الجراثيم ويهضم كل ما في الكووس من الميكروبات . ومعروف انهم اخذوا الان سيفي استخدام هذا المفترس كدواء الكوليرا وغيرها . كما ان للتور والهواء والتفاعلات الكيماوية والزمان تأثيراً كبيراً يوءدي بالجراثيم الى الهلاك ان لم يكن لها على ضد ذلك ظروف موافقة ، اكثر ما تكون في جسم الانسان نفسه . وهي خارجاً عنه لا تعيش الا ساعات او ايام معدودة قليلة

ولذلك اذا جاء البعض في عام تابع ولم يجد جرثوم الضنك في الدم عجز عن نقله بالطبع

اما البرداء فجرثومها يعيش اشهرأ في دم الانسان . ومعروف انه ، قبل اكتشاف الكيشين او قبل انتشارها ، كانت البرداء اذا احتلت بدنأ تناوبت فيه لسنين عديدة

ومن المعروف اذا نظف دم قوم من حيويئات البرداء في بيثة لم يبق خوف من البرداء وكذلك اذا عاد جندي الى لندن او باريز من المستعمرات وهو مريض ولم يصادف ناموساً فلا خوف على مجاوريه من نقل المرض اليهم وبالعكسه اذا وجدت الجراثيم على قدر وجودها ، كما تصادف بين المهاجرين اليئنا من اسكندرونة ومرسين ومكدونيا تلك الحمات ، وكان هناك بعض ، وعلى نسبة وجود البعض ، كما اتفق في نهر بيروت لوفرة المستنقعات من يوم اخذ

الحصى والرمل (la béton) فمناك البلية العظمى . فكان ان شملت البرداء حتى سمي هذا النهر كجاره «نهر الموت»

وما مثل ذلك الا مثل الكوليرا او التيفية والزحار فاذا كان هناك غائط مشتمل على الجراثيم الخاصة بهذه الامراض وتلطخت بها الخضراوات المأكولة نيئة وبالحصوص ماء المشروب كما يحدث عادة بعد الامطار او السقي ، فان هذه الامراض المائية (hydriques) تفشو حيث جاء الجرثوم ، ولن تحدث اصابات جديدة متى لم يبق جراثيم او لم يبق قابل لما

ومثل اوضح انما هو حوادث الحرق . فالتاراب لم توقف او تنته لعدم وجود وقود فهي مشتعلة في كل ما تمسه مما هو قابل للاستعمال

وبما تقدم غني عن بيان لماذا لم نر ابا الركب في كل فصل حار من كل سنة ولا في اعالي لبنان الا نادراً فهو لا يذيع عادة الا قليلاً في الصروداي على نسبة البعوض ، وهو ولو قل او ندر فهو موجود . ونحن اعرف الناس به لسكنائنا بكفيا طبيباً عشرين سنة ينف وفي العام الماضي في كل لبنان لم يتمكن المصطافون ان يناموا بدون كلات (ناموسيات) كما في العام الماضي لم نذهل عن التفتيش عن سبب انتشار ابي الركب في صرود لبنان وهو ما لم نألفه قط . فوجدناه في ما يأتي :

ان اغلب الاوبئة السابقة منه كانت تصل الينا من مصر عادة في اواخر الصيف او الخريف فلا ياخذ الجرثوم من السواحل بعض ابناء الامكنة العالية حتى يكون برد الخريف قد قتل البعوض فلا يكون للجرثوم قبل في الذبوع يلي الحياة لذلك سماء الاهتاذ دي برن : المرض « البريد » . اما في العام

الماضي فكانت الجرثومة قد ظهرت باكراً ، ولم ننسَ انها منذ حزيران فُلجأتنا
بصدمة عنيفة لشيخ لبنان ، بطريكه الجليل ، وبكرت في الشيع وتابعت
سيرها حتى جاء البرد . وبين يوم وغده وقف المرض فجأة كما في البرداء
وسابق اوبئة

٢ وقد سأل الاخ المناظر : اي هو النوع من البعوضة (المسكينة) ينقل
هذا الداء الثقيل ؟ « تأمل هذه اللفظة : « المسكينة » وفيها ما فيها من التحقير
والشفقة مع انها « تدمي مقلة الاسد » كما قال الشاعر وكما قال شاعر آخر :
« وبعوضة قتلت بني كنعان »

فهاك الجواب وهو من الاستاذ تانون (Tanon) يباريس الاختصاصي بامراض
البلاد الحارة في ملخصه المطبوع في (العالم الطبي) عن عام ١٩٢٧ قال : (ذاع
الضنك في اقاليم كثيرة في هذا العام على غيابه عنها زمناً طويلاً . وذكر عن
لسان سولدي ان الوباء ظهر في السودان في اول القيظ (اي مع ظهور الحشرة
المسماة (واخر الوريد) : (phlébotome) (السكيت) . وهو قد صادف النوع
المعروف بالباتاشي والديبسكوي والمينوتوس

« اما انتقاله بالنوع من البرغش المسمى ستغوميا فقد ايدته مورين بناءً على
رأي ميغاف وشاندلر وريس من الهند وتجاوز بعض حكاء الفلبين الى القول
بان الجرثوم ينتقل حتى الى صغار هذه الحشرات (كذا)

وزاد الاستاذ الباريسي : اني افصل حتى الثلاثة الايام عن الضنك ، وان
حتى السبعة الايام ، المعروفة في بعض المراسي ، على ما ذهب اليه اطباء مانيلا
نوعاً من الضنك ينتقل بالبعوض المعروف بالسيتغوما . صفحة ٣٢٨ وما بعدها

ثم قد جاء في الـ (Presse Médicale) عن جلسة طب الاطفال معقودة في باريز في ٢٨ شباط سنة ١٩٢٨ في بحث قدمه الحكيم فيراس من ايتنا : (ان الاطفال الاكبر سنًا أُصيبوا بابي الركب اكثر من صغارهم لان اسرة هؤلاء مغطاة بناموسيات ، ثم اردف : واذا كان الجرثوم لم يزل مجهولاً فناقله معروف فهو على رأي بعضهم الستغوميا وعلى آخرين الباباتاسي ، ذلك على تميزنا بين حي الايام الثلاثة وحي الضنك) (كذا)

وامامي رسالة من الاب دي فرجيل استاذ علم الطفيليات والجراثيم في المدرسة الفرنسية بتاريخ اليوم ورد فيها : من المثلث الان ان نقلة الضنك البعوض . اما عن صنف الستغوميا فالامرا اكيد واما عن الصنف المسى (culex) فلم يزل تحت الريب . ومن هذه الشهادات يتضح ان اعضاء جمعية بيروت لم يوافق كرام في هذه النظرية وهذا المذهب

٣ - ومن دواعي اسفي الكبير ان اخانا مرشداً رأى غمزاً وهواناً حيث اردت اجلالاً واكباراً قد سطرته غير مرة في مجلات اوربا للحارث بن كلدة الذي عرف عمل البعوض في نقل الحمى الف سنة قبل (Rouold Ross) وبطريق منسون الانكليزيين المعاصرين

ولكتاب (علم الصحة) الشرف انه مقروء من الاستاذ فليتفضل بنظرة الى صفحة ١٥٦ ليرى انا ايتنا على ذكر الحارث على مورد الاعجاب ، شأننا في كل حسن مما هو من الوطن . (وكذلك هو شعورنا تجاه الاخ الحبيب)

٤ - وليسمح لي الزميل الباحث ان اكرر شيئاً . اولاً : ان البت بدقة يصعب في مرض لم يزل مجهول الجرثوم مجهرياً . وثانياً : ان ذبوع الضنك

مطابق الانطباق كله في الزمان والمكان لذيوع البرغش ، وثالثاً : انا في هذه
الارضاء لم نصادف نحن قتلاً ولا عمى ولا شللاً كان سبب علتهم بنوع ثابت
راهن حي الضنك . وان اتفق منه حادث (ونحن لم نره) فذلك مما لا يحفل به
بته لشدته ندرته كأن يصادف منه في المليون اصابة او اصابتان
وليكن ألف ويا رسالتي هذه تحية الاخاء ووافر الدعاء بالوقاية من شر
البعض بل بابادتها عن اصلها ولا اسف عليها



التخامين (hypophysine)

أ — شيلر (A. Schiller)

يؤثر التخامين في عضلة الرحم تأثيراً غريباً فيقلصها بسرعة وقد تزداد التقلصات
وتتقارب حتى تعود تقفعا (contracture) مستعراً وهذا ما يدعو الى الحيلة والحذر
في استعمال هذا العلاج لانه يهدد اذا اسيء استعماله حياة الجنين في اثناء الولادة . يبدو
عمل التخامين منذ الحقن بـ ٠٠٢-٠٠٣ سم مكعبة ويجب الا يوصف هذا العلاج
الا في دور الولادة المتأخر او اذا كان التوليد السريع الاصطناعي ممكناً
يؤثر التخامين تأثيراً حسناً في عاقبة الولادة ويحقن شيلر العضلات بـ ٠٠٢-٠٠٣ سم
مكعبة قبل الولادة بمدة وجيزة ويحقن بعد الولادة بما بقي من الحبة فيتلصص
المرأة بسرعة زائدة وتقفذ المشيمة والاقسام الملتصقة بها وتعود الرحم الى صلابتها
الطبيعية وتبدو نائمة هذا العلاج ولا سيما في الرحم الواهنة التي قد تنجمن منها انزفة
خطيرة وعمل التخامين حينئذ مفيد اكبر من جميع العلاجات

ش . ش . ش

رد الحكيم مرشد خاطر على الحكيم الشيخ امين الجميل
في المناظرة متى لم يرفرف عليها غير العلم والرغبة في استطلاع الحقيقة
لذة وفائدة لا ينكرها احد . وفيها متى زانت عن هذه الغاية وحادت عن هذه
الخطئة المثلى ضرر جسيم . وان في المناظرة التي قامت بين حضرة الزميل الفاضل
الشيخ امين الجميل وبينني على الضنك طريقة انتقاله ما لا اقوى على وصف لذته
وفائدته لان زميلنا قد اتصف بأحمد المزايا واشرف السجايا فلا عجب اذا رأيت
في دافعا يدفعني الى متابعة هذا الحوار معه حتى انهاء وراء غاية اربي ويربي
اليها مناظري الحبيب وهي حل هذه العقدة المعقدة وكشف طريقة انتقال
ضنك الشرق الادنى .

....

وردت في رد الزميل امور لا ارى بدا من مناقشتها
أ - يتكلم حضرته عن المناعة الشخصية ليعمل بها وفود الضنك المتقطع
كما نشاهده في قطرنا السوري . ولسنا ننكر ان المناعة التي يكتسبها بعض
الاشخاص تقيهم غائلة امراض عديدة ومنها الضنك . غير انه اذا حاز بعض
سكان هذا القطر مناعة على الضنك فلم يصابوا به فهل يجوز لنا ان نسلم بان
جميعهم قد اكتسبوا هذه المناعة بضع سنوات متوالية حتى لم يصب به واحد
منهم في اثناء هذه المدة الطويلة بل نالوا محتفظين بهذه المناعة ؟

واذا سلمنا جدلاً بان جميع من في القطر السوري اللبناني منيعون على
الضنك وان العامل المرضي قد تقلص ظله من هذه البلاد حتى لم يعد للبعوض
جرثوم ينقله فهل من المسلم او من المعقول ان يفقد جميع سكان هذه المدن والقرى

دفعاً واحدة هذه المناعة وان يتهاقت جميعهم الى دفع الجزية لهذا الغازي الشديد
الوطأة كما كان الامر في السنة الماضية ؟ ان الضنك في حي باب توما قد اخضك
الجميع واضنك كاتب هذه المقالة وجميع افراد أسرته دون ان يستثني منهم واحداً
وهو لم يترك بيتاً الا دخله وزاره تلك الزيارة المضحكة وقد كان انتشاره في
هذا الحي كانتشار النار لانه كان يظهر في ناحية من ذلك الحي فيدخل البيت
تلو الاخر ثم يظهر في ناحية ثانية ومتى ظهر فيها عرف سكان تلك البقعة ان
القرعة قد اصابتهم وانه لا مناص لهم من ذلك الضيف الثقيل . اهكذا تفشي
الامراض التي تنتقل بالبعوض ؟ ام ان هذا ينطبق تمام الانطباق على تفشي
الامراض الوبائية ان باب توما خصه الضنك بهذه الشدة لانه حي قد تلاصقت
بيوته ولان سكانه يتزاوون اكثر من الاحياء الاخرى ولان الشمس لا تدخل
بيوته الواقعة على جوانب الطرق الضيقة . ولان مكانه منخفض بالنسبة الى احياء
المدينة فيصعب تجدد الهواء في منعطفاته وهو لم ينتشر في حي الصالحية هذا
الانتشار الهائل لان الشروط الصحية متوفرة في ذلك الحي ولانها ازعجت
ذلك الضيف الثقيل فخنقت انفاسه وليس لان الناموس في باب توما اكثر منه
في الصالحية مع ان الامر على عكس هذا فالبعوض في حي الصالحية اكثر بما لا يحصى

....

٢- — واذا كان الضنك ينتقل بالبعوض فعليه ان يزور الفقراء ويتحاشى
دور الاغنياء كما تفعل عادة البرداء اقول هذا لان الطبقة المثيرة تقي نفسها لدغ
الناموس بوساطة عديدة بالشباك الدقيقة التي تستر بها النوافذ والابواب وبالكليل
(الناموسيات) التي عم استعمالها وبانواع الاجرة التي تقتل هذه الموم . ولهذا

نرى البرداء مع ظهورها في كل سنة حين تقف الانوفال لا تصيب الا من يتعرضون للدغ هذه البعوضة فهل الكلات والشباك الدقيقة التي تمنع الانوفال من الدخول لا تجرؤ على ايقاف الكوككس او الناموس الارغش (الستاغوميا) ؟ واذا كانت هذه الوسائط قد اوقفت جميع انواع البعوض على السواء فلماذا أصيب بالضنك في السنة الماضية من تحصنوا بهذه الطرق ؟ فتساوى امام هذا الوباء الرهيب من يتعرضون اجسامهم للدغ الناموس ومن يتقون لدغه مع ان هذه الوسائط نفسها تقيهم البرداء التي لم يصابوا بها منذ وجودهم في دمشق وهي كثيرة في الطبقة التي لا تذرع بهذه الوسائط ؟ ان في الامر لسراً غامضاً لا نجد الى حله سبيلاً اذا لمنا دائرة انتقال الضنك بالبعوض

.....

٣ - يقول الزميل المحترم ان الضنك اتانا من مصر خلافاً لعادته في بدء الصيف الماضي وانه كان ياتينا منها في آخر الصيف ولهذا كان انتشاره في السنة الماضية شديداً وفي الوافدات السابقة خفيفاً . وفي هذا ما فيه من الدلالة على ان الضنك مرض وبائي لا بعوضي لان الامراض الوبائية التي تنتقل بالملامسة من المريض الى السليم ومن بلد الى بلد بالمسافرين النازحين تتبع هذه الخطوة في انتقالها بيد ان الامراض البعوضية امراض فصلية تظهر حين تقف الناموس وفي جميع الاقطار دفعة واحدة . واما استفحال الضنك في السنة الماضية فنجد له مبرراً في وفود الوباء باكر اكمل لاحظ حضرة الزميل وفي استكمال الشروط اللازمة لجراثومه المجهول طيلة فصل الصيف لا في كثرة الناموس

٤ - يورد زميلنا الحبيب مقالاً للاستاذ تانون مدرجاً في العالم الطبي (جزء شباط - اذار سنة ١٩٢٧) مثبتاً به نظريته عن انتقال الضنك بالبعوض . وقد استهل تانون مقاله هذا بما ترجمته « قد غشى الضنك بلداناً عديدة لم يكن يرى فيها منذ زمن طويل كما في افريقية الشالية » فهذا الضنك الذي يشير اليه هو ضنكنا السوري الذي ظهر في مصر وسورية في الصيف الماضي وانتقل منهما بفضل المسافرين والمواصلات السريعة الى مالطة ومنها الى تونس والجزائر ان البعوض بحر طام في جميع هذه البلدان ينقف في كل سنة وانه ليعجبنا كيف انه لم ينقل هذا الوباء الى سكان هذه البلدان الا في السنة الماضية .

وايراد حضرة الزميل لكلام الاستاذ تانون الذي نصه « اما انتقاله بالبعوض الارقش (ستاغوميا) فقد ايداه مورين بناءً على رأي ميغاف وشاندلر وريس من الهند المخ « فليس حجة علينا بل لنا لان الضنك الذي يعنيه تانون هو ضنك الهند او الضنك الكاذب ولان من يورد رأيهم هم الذين درسوا ضنك تلك البلاد لا ضنك البحر المتوسط .

واننا نقر بانتقال ذلك بالستاغوميا والكوكلس ولا نجادل في امره احداً بل نحن نجادل في انتقال ضنكنا فقط الذي يختلف كل الاختلاف عن ضنك الهند واستراليا والفلبين لان هذا فصلي يظهر في صيف كل سنة حين تنقف البعوض كما تظهر البرداء عندنا وذاك وبائي نفاطي يظهر سنة ويغيب سنوات كما تظهر الحيات النفاطية من حصبة وفرمزية وجدري وسوى ذلك

.....

٥ - يورد ايضاً زميلنا الفاضل لتأييد نظريته ما يورد في جزء ٢٨ اذار

من المطبوعات الطبية الفرنسية عن سولون فيراس من اثينا .
 ويُستدل من وصف هذا الزميل ان الضنك الذي ظهر في اثينا في صيف
 السنة الماضية هو من نوع ضنكنا نفسه وان هذا الوباء الذي جاء من مصر
 وسورية لم يكتف بالانتشار الى افرقية الشمالية ومالطة بل عم بلاد اليونان
 ايضاً وهذا ينطبق على ما قلناه آنفاً وهو ان هذا المرض النفاطي الوبائي ينتقل من
 بلد الى بلد كما تنتقل الامراض الوبائية فلا عجب اذا انتشر في الصيف الماضي
 بعد ظهوره في مصر اولاً ذلك الانتشار الغريب وطرق المواضلات على ما نعهدنا
 بين البلدان .

اما ما جاء في كلام فيراس « ان الاطفال الاكبر سنّاً أُصيبوا بالضنك
 اكثر من الصغار وربما لان أسرة هؤلاء تغطيها كلات » فقد اجابنا عنه مطولاً
 فلو كان للكلات فعل واقى لكانت وقت اهل سورية كما وقت اهل اليونان
 ولكانت حفظتي واسرتي واسراً اخرى عديده لا يصرفون ليلة الا والكلات
 تغطي اسرهم . واما ايراد رأي الاخرين بانتقال الضنك بالبعوض اذ يقول :
 (ان الجرثوم لا يزال مجهولاً غير ان ناقله على رأي بعضهم الستاغوميا وعلى رأي
 الاخرين البعوض الواخز للوريد « فلا بوتوم ») فليس مما يعتد به لانه يورد
 آراءً متناقضة فاذا كان البعض يقولون بانتقال الضنك بالاستاغوميا ولهذا الرأي
 دعاء في الهند والقيبين واوستراليا وهم على صواب في ما يعتقدون به ، وله ايضاً
 نصراء في سورية ومنهم زميلنا الفاضل ظناً منهم ان ضنكنا كضنك الهند فما
 من احد يقول بانتقال الضنك بالناموس الواخز للوريد الذي ينقل حتى الايام
 الثلاثة ومع ذلك فقد اورد الزميل الاثيني كانه رأي مأخوذ به فكيف لسان

نتخذ من كلام كهذا حجة لجلاء ما أغمض مع اننا شاهدنا في الوافدة الماضية
الوف الحوادث فقدر ما شاهد زميلنا الذي لا ييدي رأياً شخصياً بل ينقل آراء
الآخرين على علاقتها كما يراها مدونة في الكتب والجرائد .

....

٦ — يورد اخيراً زميلنا الفاضل ذكر رسالة بعث اليه بها الاب دي فرجيل
استاذ علمي الطفيليات والجراثيم في معهد الطب الفرنسي البيروني جاء فيها
« انه ما من شك في انتقال الضنك بالستاغوميا اما بالكولكس فلا يزال الامر
تحت الريب » ان الاب دي فرجيل مصيب في كلامه اذا عني به ضنك الهند
والفلبين واوسترالية ومخيطىء اذا عني ضنكنا السوري ولسنا نظن ان حضرته
يعني الا الاول الذي اثبتت اختبارات الاسترايين انتقاله بالستاغوميا والكولكس .
فضنك الهند صفحة من التاريخ الطبي وذنكنا صفحة اخرى ومن اراد الجمع
بينهما كان مثله مثل من يجمع بين الثريا والثرى .

وقد انهى زميلنا الفاضل كلامه بعد ذكره لرسالة الاب دي فرجيل بقوله
« من هذه الشهادات يتضح ان اعضاء جمعية بيروت لهم رفاق كرام في هذه النظرية
وهذا المذهب » أجل غير ان هؤلاء الرفاق الكرام يتكلمون لغة غير اللغة التي
تكلمها فنحن نتكلم عن ضنك الشرق الادنى وهم يتكلمون عن ضنك البلاد
الحارة فكل ما يقولونه عن الضنك صحيح اذا عنيانا به ذلك الضنك البعيد
وخطأ اذا عنيانا به ضنك سورية ومصر . فاذا كنا نرغب في كشف هذا
السر المغلق علينا الا ننظر الى ما قال زيد في الهند وعمرو في استرالية وبطرس
في الفلبين بل علينا ان نعمل هنا ما من شأنه ان يجلو هذا الامر وان نميز منهذ

الان تمييزاً حسناً ضنك البلاد الحارة عن ضنك البحر المتوسط واضعين بينهما حواجز جسيمة والأتمزجها أو نأقي حين الكلام عن ضنكنا السوري بما قيل عن ذلك الضنك لانهما مرضان مختلفان كل الاختلاف ولانه ما من باحث بحث عن الضنك الا وقع في هذه الهفوة التي ارجو للزميل الكريم ألا تعثر قدمه بها بعد الان . فاذا لم يقتنع حضرته بان ضنكنا السوري لا ينتقل بالبعوض فليقتنع على الأقل بانه غير ضنك البلاد الحارة كما اثبت ذلك روجه وغرل وغيرهما من الذين درسوا ضنك تلك البلاد درساً دقيقاً واستتجوا في النهاية انه يختلف كل الاختلاف عن الضنك الذي يظهر على شواطئ البحر المتوسط فسموه تمييزاً له عنه «الضنك الكاذب» فنكون قد بخطونا الخطوة الاولى نحو التفاهم وهي فصل احد الضنكين عن الآخر ريثما يتيسر لنا ان نخطو الخطوة الثانية وهي الوقوف على طريقة انتقال ضنكنا كما عرفت طريقة انتقال ضنك البلاد الحارة وعسى ألا يكون ذلك الزمن بعيداً .



آفاق الجراحة

للاستاذ حنا لويس فور

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ما عسانا نرى بعيداً في الافق نحن جراحي هذا القرن الجديد من اعلى القمم التي تسلقناها .

انا بلغنا بفضل اساتذة عظام اقتفينا اثارهم وبعد خمسين سنة من الجهاد المستمر وبفضل الصدفة المباركة التي قيضت لنا ان ندخل المعركة بعد باستور استاذ الاساتذة وليستور وتاريخه وغيرهم من اساطين الطب الذين اثاروا لنا الطريق فسرنا فيه فخورين لا نخشى اقدامنا العثار انا بلغنا بفضل هؤلاء الى اقصى درجة من الرقي نطمح اليها الى علو ان تتمكن من اجتيازه لا بل اقول وفي القلب بعض القلق الى ارتفاع لا بد لنا بعده من الانحدار في المستقبل .

انا والحق يقال قد توصلنا منذ خمسين سنة ولا سيما منذ ثلاثين سنة ، منذ ذلك العهد الذي اعتاد به الجراحون جراحة البطن منذ ذلك التاريخ الذي اصبحنا به في مأمن من التعفن ، الى اجراء عمليات لم يكن يحلم بها كبار اساتذتنا القداماء . وقد هب الجراحون في جميع اقطار العالم يدفعهم حب العلم والعمل الى اجراء العمليات المتنوعة التي يستطيع اجراؤها على جسد الانسان المسكين على هذا الجسد الذي ترتسم عليه التماساة والسعادة في آن واحد . ولم يعد أمامنا لهذا نظراً الى الطريق الجريئ الذي نحاول التقدم لانا بلغنا الغاية وان الطريق الجراحية

حداً من الكمال لا يستطيع تجاوزه وقد بلغنا هذا الحد ووقفنا . اننا لا نتم مفصلاً
او نبتز عضواً اليوم احسن مما كان يبتزه الجراحون الذين تقدمونا لا بل اقول ان من
تقدمنا كان امهر منا وابرع غير اننا اليوم نشفي جراحنا بيد أن اسلافنا العظام الذين
كان الصديد ملازماً لجروح جراحهم كانوا يسوقون اولئك المرضى الى موت
محقق على الرغم من تفننهم ومهارتهم . اننا نجري اليوم على احشاء البطن : المعدة
والامعاء ومجاري الصفراء ومجاري البول واعضاء المرأة التناسلية وعلى القلب
نفسه ما كان يجريه اسلافنا على الاطراف . وان وقفنا على اسباب التعفن
والوسائط اللازمة لاجتنابه قد وهبنا القوة لشفاء من يلقي مقاليد امره اليأس .
وانني واثق كل الثقة ان من سيأتون بعدنا بقرن كامل لا يتقنون الجراحة اكثر
مما تتقنها ولكنهم سيعملون اقل مما نعمل .

اننا اذا نظرنا الى السنوات الثلاثين الاخيرة التي مرت رأينا ان الجراحة
قد مدت سيطرتها ووسعت دائرتها منتزعة من الطب عدداً من الامراض التي
كانت تعالج فيما مضى معالجة دوائية فقط كأمراض المعدة والامعاء وطرق
الصفراء والرحم والمبيضين ولا سيما الذيل الدودي الذي تعادل العمليات الجراحة
عليه العمليات الجراحة على الاحشاء الاخرى جميعها ولكننا اذا نظرنا الى يومنا
الحاضر رأينا ان الطب قد هب هبة جديدة وقام بهجوم على الجراحة فاعتصب
منها عدداً لا يستهان به من الامراض التي كانت تعالج بمعالجة جراحية فيما مضى
فاذا لم نذكر العدد العديد من آفات العظام والمفاصل ولا سيما ما يصيب الاولاد
منها ، هذه الآفات التي كانت تحصرها الجراحة في نطاقها وهي اليوم تعالج
بالاستئصال على رمال الشواطئ او في اعالي الجبال التي تكتلها الثلوج . ذكرنا

ما يصنعه الاشعة المجهولة واشعة الراديوم من العجائب في شفاء بعض الامراض كورم الرحم الليفى او السرطان . لست انكر ان الجراحة لم تلفظ كلمتها الاخيرة عن هذه الامراض وان الرأي المتغلب لا يزال في جانبها في بعض الاورام الليفية والسرطانات المبتدئة . غير انه ما من ينكر ان لاشعة الراديوم والاشعة المجهولة القدر العلى في بعض الحالات كما ثبت الاختصاصيون وان هذه الاشعة تشفى الشفاء التام كثيراً من هذه الافات .

فلو ان احداً قال منذ ٢٥ سنة ما ا قوله الان عن الاورام الليفية والسرطان لعدّ مجنوناً ذلك لانه يصعب على الانسان ان يقرأ في صفحات المستقبل وان تكهنى الان عن المستقبل البعيد بعد مغامرة واي مغامرة ومع هذا كله فاتني اكمل كلامي لانني استصعب الرجوع .

ان الحظ قد خدم الطب خدمة جليلة باعادته الى حظيرته هذين المرضين بعد ان كانا في دائرة الجراحة ولم تكن لنعقد انه سيأتي يوم به تفقد الجراحة ما كانت تظنه ملكاً ابدياً لها . كيف لا وقد اعتنت الجراحة بهاتين الافتين اعتناءً خاصاً واتقنت عملياتهما الجراحية اتقاناً كبيراً حتى انها كانت تفاخر بهما وتقدمهما مثلاً على ما بلغت من الاتقان والتفنن والعظمة واضعة العمليات الاخرى في الدرجة الثانية .

ولست انكر ان قلوب الجراحين قد اصابها غصة شديدة حينما شاهدوا تلك الزهرة التي غلوا في الاعتناء بها قد ذوت وحين رأوا ذلك البناء الفعيم الشاهق الذين قضوا حياتهم في انشائه وتزيينه قد انهدك وانهار كأنه لم يكن وكأنهم لم يعملوا على بنائه حين وجهت اليه اشعة ذلك المسحوق الاسود .

ولكن ما عساه ان يكون الحد الذي سيصل اليه فعل هذه الاشعة وما عسى ان يرى الجراحون الذين سيأتون بعدنا ؟

ليس في طاقة احد ان يقرأ في صفحات المستقبل ما سيكون من امر هذه الاشعة العجيبة وما سيؤدي اليه إتقان هذا الفن وازدياد مقادير الراديويم الذي اصبح الحصول عليه سهلاً . غير اننا نقول ان دائرة الاشعة لا بد من توسعها كلما اتقن الاشعاعيون عملهم وان كل مرضٍ تظمه الاشعة الى نطاقها ستنتزعه من الجراحة .

ومن يعلم ما اذا كان لا يأ تي يوم وذلك اليوم ليس بعيداً يغلب به السرطان هذا المرض الفتاك الرابع بمجمعة برافاز لاننا نرى بعض الامراض التي لم تكن معالجتها مستطاعة تشفى سريعاً بالحقن بالمواد الكيماوية الصرفة كملاح الزرنيخ والبنزوت التي تتصف بخاصة قتل الطفيليات كما تتصف الكينين بقتل حيويين البرداء دون ان نعرف السر في هذه الخاصة وما من شك في ان السرطان مرض طفيلي ولو كانت معرفتنا الحاضرة قاصرة عن كشف الطفيلي المسبب واطاره ان هذا الامر حقيقة راهنة لا تقبل جدلاً واذا كان الامر كذلك وهو كذلك فلماذا لا يكشف الباحثون خدأ او بعد عشر سنوات او بعد خمسين سنة هذه المادة الكيماوية التي تقتل طفيلي السرطان كما تقتل الكينين طفيلي البرداء . ان ذلك اليوم سيكون اليوم الذي تتحرر به البشرية من ربة هذا العدو القاسي ، اليوم الذي سيتمجد به ذلك الكاشف العظيم وتترف عليه السعادة باستجبتها اقول السعادة غير ان السعادة لن تفضل طريقها ولن تصل الى ابناء المخابر ولكن ذلك اليوم سيكون يوم الانتصار الخالد . في ذلك اليوم تفقد الجراحة من حظيرتها ما هو

سبب عظمته الحاضرة .

ولا يقف الامر عند هذا الحد لان عدداً من التعففات المتنوعة تستدعي اليوم المعالجة الجراحية : السل ، والتعففات الالتهابية التي تحتل اعضاء المرأة التناسلية . غير ان المختبرين لم ينفوا مكتوفي الايدي امام هذه العفونات حادة كانت ام مزمنة بل شجروا عن ساعد عزيمه لا تعرف الكمال فكشفوا كثيراً من اللقاحات والمصول فكان بعضها واقعياً يمنع الافة من الظهور وبعضها شافياً . وان مستقبل هذه اللقاحات والمصول غامض يصعب على المرء ان يقرأ فيه . غير ان هذه الطرق طرق دوائية صرفه اوجدها الباحثون بعد ان ساروا على الطريق الذي فتحه باستور العظيم امامهم وتغلبوا على كثير من الامراض اوتقوها : الذباح (الدفتيريا) الكزاز ، الحى التيفية ، الطاعون ، الهيبضة الاسيوية هذا اذا لم نذكر الجلدري الذي كشف جئز صدفة طريقة الوقاية منه قبل باستور بزمان مديد في ذلك العهد الذي كانت طبيعة الامراض العفنة مجهولة فيه كل الجمل . ان في هذه التحريات طرقاً واضحة مستندة الى مبادئ علمية راحنة لا جدال فيها ولعل المستقبل يمكن الباحثين من ان يكشفوا الكلى آفة من الافات الجراحية القليلة مصللاً او لقاحاً .

لقد قام المختبرون الذين يصرفون اثنى ساعاتهم في المختبر باحثين ، نقبين بايجاد كثير من المصول واللقاحات المضادة للمكورات العقدية والمختنودية والغنغرينية الغازية والتهابات النفيرين والعظام وغيرها فلم يكن لها ما المصطلح الذباح والكزاز من الفائدة غير انه ما من ينكر انها خدمت المرضى بخدمة جليلة وخففت من وطأة هذه الافات الشنيعة الكثير .

ومتى ذكرت المكورات العقدية (ستربتوكوك) لا يسعني الا ان اظهر خوفاً على الجراحة من هذا الجرثوم الراجع الخفيف . لان جميع العرايسل التي تطرأ على الموضوع كالانزفة او سواها لا تعد شيئاً اذا استثنينا التعفن ولا سيما بهذا الجرثوم الذي قد يقضي على المريض بعد بضع ساعات .

وان ما بذله الجراحون المختبرون والاطباء الباحثون من الجهود الجسيمة لاجتراح لقاح بقي الموضوع من وطأة هذا الجرثوم المهددة به لم تكال بالنجاح حتى الان لانه ما من لقاح يلقح به المريض قبل العمليات يستحق بان يضع الجراح فيه كل ثقته في وقاية جريحه من التعفن كيف لا ومئات العمليات الكبيرة التي لم يلقح المبتضعون قبلها سارت سيراً حسناً دون ان تعفن بفضل التعقيم والطهارة ليس غير .

ومتى بزغ اليوم الذي به يكشف هذا اللقاح بشر الجراحة بمستقبل باهر وانتصار جديد لانها تفوق حينئذ على طرق الاشعاع العمياء التي ينكسر دعائها في ايامنا الحاضرة . وانني اضرب مثلاً واحداً على ذلك فاقول متى اصبحنا قادرين على اجراء عمليات الاورام الليفية دون ان نخشى تعفنًا مميتاً يقضي على مريضاتنا ومتى عادت الوفيات الى الصفر كان لنا نحن الجراحين حجة نتذرع بها لاستئصال هذه الاورام الليفية استئصالاً جراحياً لانه متى تساوت الوفيات في الطرق الجراحية والطرق الاشعاعية كانت الجراحة افضل لان الجراح يرى ما يصنع بيد ان الاشعاعي يعمل عمله كالاعمى الذي لا يبصر الشيء الذي يجري به . وهكذا القبول في جميع العمليات التي تجري على البطن . فتكون الجراحة حينئذ قد استعادت ما فقدته وعادت اليها ايامها الجميلة وستعود اليها هذه الايام . فاذا لم

تتح أن سيأتي بعدنا روءية هذا التطور الغريب الذي تطوره الجراحة إذا لم يكونوا قد عرفوا كما عرفنا نحن الجدال الدائم بين الحياة والموت والعراك المستمر بين التعفن والبنية ولم يشهدوا انتصار العلم على الموت القاهر . إذا غابت عنهم كل هذه الامور فلن يغيب عنهم الفرح الذي سيستولي على قلوبهم متى مارسوا فنهم في جواهرادى لا تعكره غيوم القلق والاضطراب اللذين نشعر بهما . غير ان عليهم وهم في بسطة السعادة وبجوحة الراحة ان يرسلوا أنظارهم الى الماضي البعيد فيذكروننا نحن جراحي هذا العصر لاننا نحن الأولى اعددنا لهم طريق الظفر .



درس سريري

ضباع اللفظ مع فليج شقي اليمن في المرأة عمرها ستون سنة مصابة
بتضيق الكليتين - أنزف أم ثلثين أم خمره

للحكيم تراو استاذ السريريات الباطنة في معهد الطب
وطبيب المستشفيات العسكرية
والسيد شوكة القنواحي احد تلامذه الصف الخامس في ذلك العهد

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

نورد لقراء هذه المجلة الزاهرة مشاهدة مفيدة عن امرأة عاينها في المستشفى العام بدمشق لان في تحليل آفاتنا التشريحية المرضية بعض الصعوبة ونحن لا ندعي التوصل الى تحليلها تحليلاً راهناً بل نكتفي بسرد حالتها جادين في تبديد ما يحيط بتشخيص مرضها من الصعوبات

....

هي امرأة مسلحة عمرها ستون سنة دخلت المستشفى العام بدمشق في ٢٣ كانون الاول سنة ١٩٢٧ مصابة بفليج شقي اليمن وبضياغ النطق (anarthrie) وقد تبين من معاينتها ان شللها لذن وانه قد اصاب الوجه والطرفين العلوي والسفلي الايمنين وانه متصف بيزوال كل حركة طوعية بيدان الحركات المحدثه مستطاع

اجراؤها بدون ادنى صعوبة وان ساقها اليمنى منبسطة مسترخية وقدمها اليمنى رוחاء (en varus) وعضدها الايمن منسدل قرب جسدها ومسترخ وانعكاساتها الداغصي والدايري والمرفقي والايريين الزندي والكعبري زائدة دون تشنجات ولا ارتعاشات نظيرة الصرع غير ان عرض بابنمكي كان واضحاً . وان الحس بالوخز وبالألم قد زال حذاء الطرفين المشلولين والجذع ايضاً حتى الخط النصفى ، واما الحس بالبرودة والحرارة فلم يفتش عنه ، وانه لا ضمور عضلي حقيقي لان قياس الطرفين المشلولين ومقابله مع قياس الطرفين السليحين كان متساوياً . غير ان الاسترخاء العضلي كان شديداً ، وان الحد الايمن قد تسطح والتلم الانفي الذقي قد زال والصوارا ملتقى الشفتين (الايسر وذروة اللسان قد انحرفا الى جهة الشلل واغلاق العين اليمنى العفوي مستطاع غير ان الجفن العلوي يقاوم بعض المقاومة الفتح المنفعل ، وان الجهاز العصبي الذي عوين معاينة دقيقة سليم في اجزائه الاخرى .

ولبعد الان الى درس نطقها : كانت المرأة تفهم كل ما يقال امامها وكانت تتمكن ، متى قدمت اليها ثلاث اوراق وسئلت ان تحصى عددها على اصابعها ، من عدتها جيداً وكانت تبدو على وجهها ملامح الذكاء وتظهر على جبينها علامات التأثير لعجزها عن ابداء افكارها دالة على لسانها ونصف رأسها الايسر كأنها تشير الى الطبيب عن مقر الموانع التي تصدها عن ابداء الكلام ولم تكن قادرة على التلفظ بكلمة واحدة بل كانت بعض الاصوات تخرج من فيها ولم نستطيع درس فهمها للكلام المكتوب لانها امية . ولم تكن المريضة مصابة بزوال نصف الرؤية (hémianopsie) ولا بنوب نظيرة الصرع ولا بتشنجات حلقية .

ولم نجد حاجة الى البزل القطني

واستدلنا من معاينة اعضائها الاخرى ان شرايينها لينة ونبضها صغير منتظم غير مسرع وذروة قلبها تبض في الورب الخامس وصمم قلبها طبيعي وانه لا عدو في القلب ولا دوي للدقة الثانية بل ان نفخة كجذر البخار كانت تسمع صيف البويرة الانقباضية دون ان تبديل بتبدل وضعة المريضة او تنتشر الى الابط وانها كانت تشغل الزمن السابق للانقباض دون ان ترافقها ارتعاشات سنورية او دحرجة استرخائية او تضاعف الدقة الثانية اما البويرة الباقية فلم يسمع فيها شيء . وقد ساء شكل يدي المريضة كما هي الحالة في الرثية المشوهة وهذا ما يعلل لنا سبب الافة القلبية المصابة بها .

اما الاجهزة الاخرى السائرة فتكلمها سايمة . ولم نتمكن من تحري بعض الاشياء التي كانت تكمل المشاهدة دون ان تكون ضرورية لا مندوحة عنها كقياس التوتر الشرياني ورسم الاذينة اليسرى لان المريضة تركت المستشفى بسرعة .

....

في هذه المشاهدة مالا يخفى من الفائدة السريرية . فلو كانت هذه المرأة فتية لما كاتب ثم سبيل للتردد في ان الافة هي تلين الدماغ الناجم من خثرة غير ان سن المريضة دعانا الى التحقق في لفظ حكم كهذا وحملنا على ان ندقق في التشخيص المميز .

خامرنا الشك في الخثرة (embolie) لان المريضة كانت مصابة بالرثية منذ القديم والدليل تشوه اليدين وتعدد مفاصل الرسغين والاصابع مع انخلاع خفيف

وانحراف العظم . وليس التضيق الاكليلي الا عرقلة هذه الرثية التي مر عليها وعلى التضيق عهد طويل . وما النفخة الحشنة التي تسمع في تلك البويرة الا دليل على افة في الشغاف قد نذبت منذ عهد قديم دون ان يكون تضيقها شديداً ثبت هذا باختفاء الارتعاشات السنورية والندرجة الاسترخائية كما ان اختفاء تضاعف الدقة الثانية دليل على ان القلب قد اعاض اعاضة اكيدة ما اصابه . فكل هذه التظاهرات القلبية تبين لنا ان الركود الاذيني في القلب ليس شديداً وتدعونا الى استبعاد فرضية الخثرة لانها تكون قد جاءت متأخرة جداً بعد افة القلبية وان يكن حدوثها ليس مستحيلاً .

وان درس الاعراض العصبية التي وصفناها درساً مفصلاً ومقابلتها بسواها بوجه انظارنا الى جهة ثانية ربما كانت اوفى بتعليل حالة المريضة . ان استفسار سوابق المريضة الذي نسعى اليه كان لنا لو تمكنا من الحصول عليه خير مساعد على التشخيص غير ان مريضتنا بكاء لا تلفظ كلمة واحدة ولم يكن من اقربائها شخص ثالث يصف لنا كيفية وقوع الفالج الشقي وتاريخ حدوثه وهذا ما حدانا الى الاعتماد على تعليل الاعراض السريرية التي لاحظناها واستنتاج نتيجة منها .

فالشلل الذي هو امامنا شلل لدن مع ازدياد الانعكاسات وهذا الشلل قديم العهد لاننا نراه في دور مروره الى اللدونة ويظهر لنا ان هذا الفالج الشقي التام الذي اصاب الوجه والعضد والساق لم يخف بل يتبين لنا انه ثابت لا يشفى الامر الدال على اختلالات دماغية متسعة جداً . فلو كانت هذه الاختلالات واقعة في الناحية القشرية لكانت اتلفت في الوقت نفسه الناحية الجبهية الصاعدة

والفصيص جانب المركز والناحية الجدارية الصاعدة لان ضياع الحس مصاحب للشلل وعلا هذا فالتلين الناجم من الخثرة او السدادة اقل اتساعاً في الغالب .
والفالج الشقي القشري المنشأ يميل الى اصابة طرف واحد ويحترق في الغالب الوجه ويتعرقل بعوارض صرعية الشكل وبضياع نصف الرؤية فيستنتج من مقابلة الاعراض الايجابية بالسلبية التي تشكوها مريضتنا ان آفتها تحت القشرة وانها ناجمة من النزف الدماغي .

وان تحليل صفات البكم يدل دلالة واضحة على ان الحالة هي حالة فقدان اللفظ (anarthrie) وان النطق الخارجي وحده قد أصيب واما النطق الداخلي والعقل فسليلان وهذا ما يرجح كفة استقرار الافة تحت القشرة لان مقر العقل في القشرة وانا ميل الى نسبة ضياع اللفظ الى النزف منا الى التلين لانه لو كان تلين لكان احدث بكم بروكا او ورنيك .

ولكن هل نكفي هذه المعلومات للجزم في هذا التشخيص؟ لا فهي ترجع الكفة فقط لان العلامات المستقاة من معاينة الجهاز العصبي تفر الافات تحت القشرة حيث يقع النزف عادة غير ان النزف معناه ازدياد التوتر الشرياني اي تصلب الشرايين ولم تكن مريضتنا مصابة بما ينم بازدياد التوتر ولان التضيق الاكليلي هو نتيجة التهاب الشغاف ومصدر الخثر .

...

هذه هي المشاهدة ذكرناها لما فيها من الفائدة تاركين للقراء الكرام ترجيح احدى الكفتين على الاخرى والميل الى التلين الدماغي او النزف .



اللجنة الفرنسية في معهدنا الطبي

كان نهار الاحد الواقع فيه ٢٤ حزيران سنة ١٩٢٨ موعداً لانتهاه الفحص الاجمالي (كولو كيوم) الذي قامت به اللجنة الفرنسية في معهدنا منتدبة لاجرائه من لدن المفوضية العليا وتألف هذه اللجنة من :

الرئيس — الحكيم روبر الطبيب العسكري في مستشفى دمشق

وكل من الاعضاء :

الحكيم — سوايه الجراح العسكري في مستشفى حلب

« — مركابو الصيدلي في مستشفى دمشق

« — جينسته طبيب الاسنان في مستشفى بيروت

وقد قام الاولان بفحص المنتهين من شعبة الطب واجرى الثالث امتحان

المنتهين من شعبة الصيدلة واما الاخير فامتحن المنتهين من شعبة طب الامهات

ومما يمتاز به الامتحان الاجمالي في هذه السنة عما كان عليه في السنوات

الماضية انه تم في يومين بدلاً من ثلاثة ايام وكان عملياً صرفاً ولم يسأل الطلاب

فيه من النظريات الا ما كان متعلقاً بالعمليات التي كانوا يمتحنون بها .

واما اسماء الطلاب المنتهين فهم :

الاطباء :

(دمشق)	السادة — سهيل عابدين
(لبنان)	شفيق الهنود
(دمشق)	شوكة القنواني
(دمشق)	صلاح الدين وصفي
(تونس)	عبد الواحد سليمان
(دمشق)	عزة الصيرفي
(حلب)	منصور فتاحي
(دمشق)	ناظيف الوتار

الصيدلة

(حلب)	السادة — اديب سعد الله الايزي
(دمشق)	الياس طارزي
(مصر)	عبد الحميد عطيه

اطباء الاسنان:

(مصر)	السادة — زكي بدر
(طرابلس الشام)	فوزي كباره

وفي الساعة الخامسة بعد الزوال أقيمت الحفلة المعتادة للوقوف على نتيجة الامتحانات التي يعلنها حضرة رئيس اللجنة فقام حضرته وذكر اسماء الاطباء والصيدلة واطباء الاسنان الذين فازوا في الامتحان كما وردت اسماءهم دون ان يرسم منهم احد وذكر الدرجة التي نالها كل منهم ثم التى خطاباً ممتعاً على مسمع من معالي عميد الجامعة ورئيس المعهد الطبي الاستاذ رضا سعيد بك وسعادة مستشار المعارف الموسيو راجه وحضرة اساتذة المعهد ومدرسيه وعموم الطلاب ومما جاء في خطابه قوله :

« ان التعاون العلمي قد عرفته القرون السالفة كما عرفه القرن الحاضر فكما ان نهضة الطب في بلاد الغرب مدينة لاطباء العرب القدماء الذين اقتبسنا منهم ونقلنا عنهم افضل ما حوت موءلفاتهم في ذلك العهد فكذلك نهضة الطب الجديدة التي نراها اليوم في البلاد العربية تقتبس عناصرها من طب الغرب » وقد اتنى الثناء العاطر على معالي عميد الجامعة وابدى اعجابه بتقديم المعهد ورقه وبعد ان انتهى الحكيم رويبر من القاء خطابه نهض من السادة المنتهين الحكماء شوكة القنواقي وشفيق الهنود فالقى كل منهما خطاباً بالعريسة والحكيم عبد الواحد سليمان فالقى خطاباً بالفرنسية وتكلم باسم الصيادلة السيد عبدالمجيد عطيه وباسم اطباء الاسنان السيد زكي بدر فاثنوا الثناء العاطر على ادارة المعهد واساتذته وشكروا اعضاء اللجنة الفاحصة بالنيابة عن الشعب التي يتمون اليها . ثم اختلف الحاضرون الى مأدبة انيقة حوت مائدة وطاب من انواع الحلوى والمرطبات

واخذت بعد ذلك صورة اعضاء اللجنة الفاحصة والاساتذة والمنتهين لتكون ذكراً لهذا الامتحان يعود اليه من ترك عتبة هذا المعهد في مستقبل حياته متذكراً عهداً لا تخلو ذكراه من الذة .

وانا نرفع بدورنا احرر التهئة لتلامذتنا في الامس وزملائنا اليوم متمنين لهم مستقبلاً باهراً وحياة سعيدة

م . خ .



مقتطفات حديثة

مترجمة عن جرائد الغرب بقلم الحكيم شوكة موفق الشطي
استاذ في المعهد الطبي

المبولات الزئبقية

عرف الاقدمون خاصة الزئبق في اكثار البول وقد وصف بوشارده (Bouchardat) سنة ١٨٤٠ الزئبق الحلو (calomel) لهذه الغاية ثم اهمل امر هذا العلاج ردحاً طويلاً من الزمن الى ان اءد الاطباء في ايامنا الحاضرة الكرة باحثين عما لهذا العلاج من الفوائد

١ - الادوية الزئبقية المبولة

أ - الزئبق الحلو (calomel) : يحكى المريض الا عن اللبن وبعض المآكل الطحينية ويعطى ٠.٢٠ سنتغراماً منه بمزوجة بمسحوق الافيون منعاً لتأثيره في المعى ثلاث مرات في اليوم مدة ثلاثة ايام متوالية وينصح بوشارده بالترتيب الاتي :

٠.٤٠٥ سنتغرامات

مسحوق النعجل (scille)

{ من كل ٠.٢٠٣ «

مسحوق الديجيتال

زئبق حلو

مقدار كاف لحة واحدة

شراب الصغف

تؤخذ مثلاً ٢ - ٤ حبات في اليوم

ب - كيانوس الزئبق (cyanure de mercure) : يحقن الوريد منه بمقدار ٠.٠١ في اليوم

ج - النوفازورول (novasuirol) : مركب زئبقي جديد وهو مسحوق

ابيض لا شكل له منحل في الماء يحوي ٣٣.٩ بالمائة من الزئبق يحقن الوريد

او العضلات بمقدار ٢ سم مكعب من محلوله المئوي (اي ٢٠ سنتغراماً) مرتين

او ثلاث مرات في الاسبوع . ويجب ان يقلل المريض الملح في طعامه وان

يخفف شرب الاشربة وينصح بعض المؤلفين بجرع كلورماتة النشادر .

د - ساليrgan (salyrgan) : مركب زئبقي ايضاً يحوي ٣٦ في المائة من

الزئبق تحقن منه العضلات او الوريد بمقدار سم مكعب مرة كل ثلاثة ايام

هـ - نبتال (neptal) : يشبه الساليrgan ويستعمل حقناً في العضلات بمقدار

سم مكعب الى سم مكعب ونصف الستمر مرة في الاسبوع

ويجوز ان يوصف في الايام الباقية الثيوبرومين (théobromine) . ويجب

ان يحصى المريض عن الملح

٢ - صفات ازدياد البول

يزداد البول في اليوم الذي حقن الشخص به وقد لا يزداد الا بعد ٢٤

ساعة او ٤٨ ساعة وتأثير هذا العلاج موقت في الغالب يزول في اليوم الثاني

الذي يليه . وقد تتجاوز كمية البول اربعة التار

انقراغ الكلورور : قد تبلغ كمية الكلورور المنفرغة ٣٠ غراماً في اليوم

انقراغ البول : تزداد البول ايضاً على ان الامر لا يزال قيد المناقشة

ويعتقد بعلوم ان المكبودين المصابين بالتشمع يزداد فيهم تأثير العلاج اذا

اشركه بـكلورور الكلسيوم الجاف النقي

٣ - آلية ازدياد البول بالادوية الزئبقية

فيها نظريات عديدة يمكن جمعها في زميرين : النظريات الاولى تنسب ازدياد البول الى عامل غير الكلوية والنظريات الثانية تنسب الامر الى الكلوية نفسها النظرية العصبية : يقول بها كونستين وهي ان ازدياد البول ينجم من توسع الاوعية لتأثير الزئبق في الاعصاب الوعائية وتنبهه لما وبرهانها ان الكلورال يمنع ازدياد البول وكذا قطع اعصاب الكلوية

النظريات الكبدية والموعية والمضوية : ليست مبنية على حجج قوية لذلك

نضرب صفحاً عن ذكرها

النظرية الكلوية : ينجم ازدياد البول في المداواة بالزئبق من تخرش خلية الكلوية فالمقادير الجزئية تنبه الكلوية واما المقادير الزائدة فتعجزها كما هو معروف الاستطبابات ومضاداتها

لا تفيد الادوية الزئبقية جميع المرضى

مضادات الاستطباب : آفات الكلوية الا التهابها الزهري ، ارتفاع الحرارة ،

الدفء ، الناعور (الداء المزفي)

الاستطباب : في المهن التشمعي المصاحب لوظائف وفي المصاين باسترخاء قلب عصبي الديجيتال والثوبرومين . وفي الزهريين المصاين بالتهاب الكلوية الزهري والافضل ان تفرغ الانسكابات من غشاء الجنب او الحلب قبل اعطاء الدواء واحسن المركبات الزئبقية على رأي الاستاذ راتري (Rathery) الزئبق السليو (salomet) على ان يشرك بالديجيتال وكيانوس الزئبق حقناً في الوريد والنباتال (neptal) حقناً في العضلات

مفكرة في الطب العملي

مداواة ذات القصبات والرئة الناجمة من النزلة الوافدة

تحدث النزلة الوافدة في الجهاز القصي الرئوي عدا التهاب القصبات ،
نوب احتقان في الرئة ووذمات رئوية . ونخص بحثنا بما ينجم من النزلة الوافدة
في الغالب من العراقيين الكثيرة الوقوع والسبب العاقبة واهمها ضعف القصبات
وفلجها . لذلك يجب ان نقال مركبات الايون ما امكن وان نكثر من استعمال
الارغوتين والستركنين

١ - يستريح المريض راحة مطلقة في غرفة حرارتها ١٦ - ١٨ ، لا يسمح
لاحد بزيارته ، لا يخرج من غرفته الا بعد انقطاع الحمى بيومين او ثلاثة ايام .
٢ - يحمي في بادئ الامر الا عن الماء فيشرب مشروبات مائية كثيرة
مفترمة مضافاً اليها قليل من الكحول كالشاي مع الروم او ماء فيه قليل من
الشمبانيا ، قهوة ، مرق الخضر ، لبن ، مناقيع متنوعة (ازهار صدرية ، خبازي ،
براعم الصنوبر ، خطمي الخ) وشراب الليمون او البرتقال وذلك مقدار
لترين في اليوم .

٣ - تقاس حرارة المريض مرتين في اليوم صباحاً ومساءً فاذا زادت عن ٣٩
وجب لف صدر المريض بلفائف مبللة بماء فاتر حرارته ١٥ - ٢٠ مدة ساعة ويكرر
ذلك مرة كل ثلاث ساعات . ويجب ان تستر اللفافة بقياس من الصوف .
او يلف جسد المريض كله بلفائف مبللة بماء فاتر ويعاد ذلك ثلاث

مرات في اليوم .

واذا اعتري المريض ازرقاق وجب لف المريض بلفائف مخدلة . تمس
الرفادة في ماء مخدل قد وضعت فيه قبضة من الخردل ملفوفة في كيس صغير
ثم تستر الرفادة المخدلة بمنشفة جافة . وتترك اللفائف نصف ساعة وتنزع
ثم يشرب المريض منقوعاً حاراً مضافاً اليه قليل من الكحول .

يجعم المريض حجومات جافة كل يوم واذا كان الاحتقان شديداً حجعم
حجومات دموية

٤ - يقطر في الانف ٥ - ٦ قطرات من المحلول الاقي ثلاث مرات في اليوم .

كولرغول (collargol) ٠٠٢٠ . مستغراما
ماء مقطر ٢٠ سم^٣

يتناوب ذلك مع الزيت الغومولي الذي نسبته ٥ في المائة

٥ - يستنشق المريض صباحاً ومساءً بخار ماء مغلي موضوع في اناء
ومضافة اليه ملعقة قهوة من المزيج الاقي :

عطر الانسون النجمي (essence de badiane) ٠٠٢٠ . مستغراما

نعنعل (mentho^l) ٠٠٧٥ «

صالول (salol) ٤ غرامات

كحول درجتها ٦٠ (alcool 60) ١٠٠ غرام

٦ - يتمضمض المريض بالمحلول المستعمل في الاستنشاق

٧ - تبخر غرفة المريض ببخار اوراق الاوكالبتوس المغلاة في الماء .

٨ - يتجرع المريض في الصباح برشانة وفي المساء برشانة اخرى في كل منها

بروميديرات الكينين (bromhydrate de quinine) ٠٠٢٥ . مستغراما

مسحوق دوفر (P, de Dower) ٠٠١٠ . مستغم

وإذا كانت حرارة المريض مرتفعة والالام زائدة يعطى برشانتين في كل منها

بروميدرات الكينين ٠,٢٥ سنتغراما

بيراميدون « pyamidon » ٠,٣٠ «

بنين « caféine » ٠,١٥ سنتغرام

ويشجع المريض في اليوم الشراب الاتي وملعقة فلعقة .

خلالة الدشادر (acétate d'amoniaque) ٢ غرام

صبغة البيش «teint. d' aconit» ٣٠ قطرة

شراب البنش «sirop de punch» ٢٠ غراما

مشروب تود «potion de Todd» مقدار كاف لـ ٩٠ غراما

١٠ - فإذا طرأ على القصبات فلج ويعرف ذلك بالزلة الشديدة وامتلاء القصبات

ببتحة وازرق المريض كوفحت الحالة بـ ٤ - ٨ حبات في اليوم من الحبوب الاتية:

كبريتاة الستركنين (sulfate de strychnine) ٠,٠٠٥ - ٠,٠٠٠٥ مليغرامات

ارغوتين (ergotine) من كل ٠,٠٥ - ٠,٠٠٥ سنتغرام

جاواة الصودا (benzoate de soude) من كل ٠,٠٥ - ٠,٠٠٥ سنتغرام

تربين (terpine)

كبريتاة الكينين (s.d. quinine)

ويحقن تحت جلد المريض باللقاح المضاد للزلة الوافدة (vaccin anti- لينه)

(grippal deMinet) في اليوم او في اليومين مرة

١١ - وإذا بدأ القلب يخور يعطى المريض ٥ - ١٠ قطرات في اليوم

من محلول الديجيتالين المبلور الالفي . ويحقن تحت جلده بالزيت المكوفر مرتين

في اليوم وإذا كان وهط القلب شديداً أعطي المريض عشر قطرات كظرين

«ادرنالين» ثلاث مرات في اليوم

الرئية المفصلية الحادة في الاطفال ومعالجتها

قد لا تبدو الرئية المفصلية في الاطفال واضحة متى كان نوعها خفيفاً لانها في اكثر الاحيان لا تؤثر في المفاصل تأثيراً شديداً بل تحدث فيها آلاماً خفيفة لا يكاد يعبأ بها وتتبعاً واحمراراً لا يلبث ان يزولاً . وربما أصيبت حشئ من الاحشاء منذ بدء المرض دون ان يبدو في المفاصل نفسها اقل عرض يوجه انظار الطبيب اليها . نغني بهذا حدوث التهاب في قشرة الرئية وغشاء الجنب وهو الذي وصفه بزنون ووايل او ظهور احتقان جنبي رئوي رئوي وهو العرض الوحيد الذي يتصف به داء بوبو (Bouillaud) الذي رفع تقريراً عنه لجمعية امراض الاطفال في ١٨ تشرين الاول سنة ١٩٢٧ كاتالاوليفيه وهو نوع من الرئية الرئوية التي تجب معرفتها ليسهل شفاؤها بصفصافة الصودا وربما ظهرت التشوشات المعدية المعوية التي درسها جيداً غرنه وهي ما يجوز لنا ان نسميه الرئية المعوية

فكل هذه الانواع الشاذة التي لا تصاب بها المفاصل تعرض المريض لعراقيل الرئية الخفيفة ولا سيما العراقيل القلبية (آفات المصاريع والتأمور والعضلة القلبية) وقليل هم الاطفال الذين ينجون من هذه الآفات ولا تترك فيهم الرئية مهما كانت خفيفة التهاب شغاف ثابتاً في المصاريع الاكليلي . وبعضهم يصاب شغافهم وتأمورهم في آن واحد فتلتصق وريقتا تأمورهم التصاقاً لا يشفى . تبدأ رئية الاطفال كما تبدئ رئية الكهول بخناق (angine) احمراري (وهو خناق لاساغ الرئوي) وتقبه حتى وآلام وعرق وقه ثم يظهر خفقان وزلة وحصر دالة على اصابة القلب فيسرع وتسمع فيه نفخة انقباضية عند الذروة

واحتكاك تأموري

وتبقى هذه الاعراض ثابتة حتى بعد زوال التهاب المفاصل وهي التي تعيد الافة خطرة

التشخيص : صعب في الانواع الشاذة (في احتقان الرئة وغشاء الجنب وفي الرثية المعدية) التي لا يبدو بها التهاب مفصلي وفي الانواع المفصليّة الخفيفة لان الالام الخفيفة في المفاصل تنسب حينئذ الى الالام النمو او الى التهاب العظم والنقي في اليفعان او الى داء الحفر الطفلي ، واذا استقرت الرثية في فغار العنق او الظهر او القطن نسبت الالام الى داء بوط . فيجب في جميع الحالات المشكوك فيها ان تعطى الصفصافة لايضاح التشخيص فاذا خفت الالام كانت خفتها دليلاً على ان الرثية ليست رثية سيلانية (gonococcique) ولا قرمزية ولا سلية لان هذه تعصي الصفصافة .

المعالجة :

١ - راحة مطلقة في الفراش اسبوعين الى ثلاثة اسابيع ولو زالت الالام

المفصليّة . لف المفاصل المريضة بالقطن بعد طليها بالمرهم الاتي :

فازلين ٥٠ غراماً

غياكول او صفصافة المثليل ٥ غرامات

أو بهلنا المرهم :

حامض الصفصاف (ac.salicylique) ٥ غرامات

« ٥ لانولين

« ٥ عطر التريبتينا

« ٤٠ غراماً «axonge benzoïnée» شحم عجوى

٢ - إعطاء صفصافاة الصودا سريعاً (خمسون سنتغراماً في اليوم لكل سنة من العمر بعد اشراكها بثاني فحماة الصودا) :

صفصافاة الصودا
ثاني فحماة الصودا
{ من كل ٠.٥٠ سنتغراماً

لرزمة واحدة تصنع ثلاثون نظيرتها وتؤخذ واحدة كل ٣ ساعات .

٣ - اذا كان الولد كبيراً وكان قادراً على بلع البرشان يستعاض عن الرزم بالبرشان على ان يعطى الكمية نفسها ويشرب ماء فيشي عوضاً عن الماء

٤ - اذا لم تحمل المعدة الصفصافاة تذاب في حقنة شرجية (٢-٣ غرامات صفصافاة في ١٠٠ غرام ماء مغلي) اما حقن الوريد بمحلول الصفصافاة قليلاً يلجأ اليه .

٥ - متى طرأت عراقيل قلبية رئوية حججم المريض حججومات جافة دموية ووضعت لصق مخردة على جنبه ومحفوظة تلج على قلبه ويثابر على إعطاء الصفصافاة اسبوعاً كاملاً بعد زوال التهاب المفاصل على ان تخفف الكمية تخفيفاً تدريجياً .

٦ - متى التصق التأمور يشير دالورم بفك الالتصاقات فكاً جراحياً وقد اجرى هالوبو هذه العملية ونجحت

٧ - متى نقه المريض يشار عليه بتبديل الهواء وتكافح فافاة دمه بركبات الحديد والزرنيخ والشمس والتغذية الحسنة ويوقى البرد والرطوبة وتعب الجسد حذراً من النكس .

٨ - الحمية لبنية صرفة في دور الممرض الحاد لان الحمى المرافقة للريثة تستدعي ذلك ولان الحليب يسهل على المعدة تحمل الصفصافاة .

مقتضيات عما يقال ويعمل

في سريريّات حنا لويس فور (J. L. Faure)

« ٩ »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر وشوكة موفق الشطي

الاورام العنقية : منها نوعان • ينمو بعضها في ملء الجدار فيخيل انها اورام ليفية سريرة النمو تصحبها حمى وانزفة غزيرة وينمو البعض الآخر في الغشاء المخاطي فيحدث انزفة دموية كسرطان الجسم (وتكون الرحم في هذه الحالة ضخمة بعض الضخامة) ووضع التشخيص غير مستطاع الا بالاستقصاء السيجي او بعد العملية متى عوينا الورم كتلة واحدة • ومهما يكن فاجراء العملية واجب قبل ان تطرأ التصاقات والا كان النكس محققا • سرطان العنق : يجب التذكير في وضع التشخيص لان الشفاء متعلق به ويجب ان تميز ايتيلوما القسم المهلي عن ايتيلوما العنق الباطنة (epithélioma endocervicale) لا من الوجهة النسيجية فحسب بل من الوجهة التشريحية السريرية ايضا لاننا من الوجهة النسيجية نرى الايتيلوما الرصية تملأ حتى باطن جوف العنق كما اننا نرى على العكس من ذلك الايتيلوما الاسطوانية تثبت على قسم العنق الظاهر (شبيي Champy)

غير اننا من الوجهة السريرية نرى ان سرطان العنق المهلي يبدو للعين المجردة جليا ويشعر به باللس ايضا منذ ادوار نموه الاولى واما الثاني فينمو خلسة في باطن جوف العنق ومتى ظهرت براعمه خارجا يكون قد مضى على نموه في باطن العنق زمن طويل حتى امتد الى المضيق ومحيط الرحم وضخم العقد •

وتشخيص النوع الاول (القسم المهلي) باكراً سهل واما الشكل الثاني (الورم المتبطان للعنق) فتشخيصه صعب في البدء • والسرطان اربعة انواع

١ — الشكل المبرعم ٢ — الشكل المخنفر ٣ = الشكل المترشح ٤ — الشكل الثاقب (térébrante)

أ — الشكل المبرعم — يشبه براعمه ورق الملفوف تملأ هذه البراعم غور المهل وتعتري المصابة به انزفة وتقرؤ لغزوات كثيرة

تفيد في هذا الشكل المداوانان الجراحية والراديويمية ولا تكون الارتاج موشحة في بدء الافة ولا يكون الارتشاح قد بلغ ملء العنق ايضاً وهو يصيب التنيات الشكل المحتفر : هو مجوف، اعضاده قاسية كثيفة لا تنزف الا قليلا ورائحة المفزات فيه ننته لاصابة البراعم بالموات الذي ينجم من تشوش ارتواء هذه البراعم المسبب من التصلب الذي يحيط بها (وهو يصيب النساء المستات) وتصعبه ايضاً بعض الاضطرابات الوظيفية الشكل السيء - يستولي على محيط الرحم وقاعدة الرباطين العريضين استيلاءً سريعاً والعملية الجراحية فيه صعبة نظراً الى هذا الارتشاح ويسهل استعمال الراديويم في النوع المشابه لفوهة البركان كما ان كثرة النسيج الصلبة تسهل ايضاً عمل الراديويم وتفيد نتائج الداواة به حسنة جداً واما اذا ترك الورم وشأنه فيلتحق بما يجاوره ولا يعوز استئصاله ممكنًا ويسبب آلاماً عصبية .

الشكل المترشح او المنتشر . نادر يصيب التنيات (حجمه كبير لانه غير مبرمج يستولي على محيط الرحم والمقد بسرعة فائقة وهو وخيم) يذويه الراديويم بسرعة فتتحسن الاعراض الا انه يتكس ولا يعود للراديويم فيه اقل تأثير .

الشكل الثائب (forme terébrante) : يشق هذا الشكل النسيج فحدث فيها ثنيات تمتاز العنق كله فتثقب الرحم وتستولي على محيطه والارتاج دون ان يعرف الشوط التي تصل اليه الافة . وهذا الشكل وخيم جداً . ونتيجة فعل الراديويم فيه كما في الشكل السابق سرطان باطن العنق (cancer endocervical) : يبدو العنق ضخمًا بالنسبة الى الجسم الذي يظل صغيراً ولا يظهر فيه للنظرة الاولى اقل آفة وتكون فوهة العنق صلبة في بعض الاحيان وقد تكون منفتحة وهذا ما يجب الانتباه اليه . واذا ادخلت آلة في بعوفه اعادت معها براعم .

وتبقى الارتاج في هذه الحالة حرة فيصعب تشخيص هذا الشكل لانه يشبه للرجل ولا يستفاد من المعلومات النسيجية في داواة هذا الشكل بقدر ما تفيد المعلومات السريرية . يفيد الاستشعاع بالراديويم اشكال السرطان الرخوة على ان تمتد البراعم من متواحدة به . وبعض انواع السرطان ناذرة كسرطان المهبل الذي يقسم في جوانب العنق ويستولي عليه بعد حين ويصعب شفاء هذا السرطان بالعملية الجراحية .

الاعراض : اهمها الإنزفة تقع بين الطمثين ولا سيما متى كان الرض سببها (جماع، التهاب المهبل)

المفرزات البيضاء : ننته نتجمن نتائجها من موات البراعم السطحي ولا تظهر هذه المفرزات النتنه في الاشكال غير المبرعمة

الالام : لا الم في السرطان ولا تتألم المريضات الا متى لم يعد اجراء العملية ممكنًا .
الاعراض البعيدة : لا تبدو اضطرابات مثنائية الا متى امتدت الافة الى الجدار والغشاء المخاطي فيعترى المريضة بوال ليلي نهاري فيكون الرجح الامامي قد اصيب ولا يستفاد في هذه الحالة من الفحص بمنظار المثانة لان المعلومات المستنتجة منه لا تكون ايجابية الا في ادوار المرض المتأخرة حيث يتعذر اجراء العملية

ولا تنبش العلة الى الشرح الا اذا استولى المرض على رنج دوغلاس أو الرنج الخلفي .
وصفوة القول انه يجب الفحص بالمس متى اشتكت المرأة نزفًا — والمس مهم جدًا — .
فيظن به ان الافة السرطانية تستقر على قاعدة صلبة منتشرة لاحدود واضحة لها في المحيط .
ويتسم الفحص بالمس الشرطي فتجنى منه معلومات اكبر من المعلومات التي تجتنى من المس المبلي لان به تحس الكثرة الخلفية الواقعة في المضيق وحالة محيط الرحم ودرجة ارتشاحه . يرتشح الرباطان العريضان فيشعر بهما في الرجحين الجانبيين (اصبع في المهبل فقط)
وتدفع الرحم بهذه الاصبع الى الجهة المقابلة فاذا كانت ارتشاح كانت هذه الحركة محدودة وليست طبيعة هذا الارتشاح سرطانية دائماً فقد تكون النهاية ودليل ذلك الالم ومتى شيك في الامساك يجب اجراء العملية .

ويوضع منظار المهبل متى كانت الحالة غامضة تستدعي الفحص النسيجي الحيوي (biopsie) ويجب ان تؤخذ الشريحة من مكان مناسب اي من المكان الاكثر قباسة والاكثر نزفًا وان توضع في سائل مثبت بما يمكن من السرعة وهو (كحول درجتها ٩٠ او سائل بوان) فاذا كان جواب التحري سلبيًا — اي لا سرطان — وجبت معاينة المريضة بعد شهر واخذ قطعة ثانية للاستقصاء النسيجي الحيوي مرة اخرى ، ومتى بدت في العنق بعض البراعم صلبة السطح يري ان ارتشاحها على التحري

التشخيص المميز : يستقر السرطان مهما كان نوعه على ورم اي على شيء صلب .

واما غير السرطان فيستقر على قاعدة مرنة رخوة ومتى جئت تقرحات او ناميات ولم تَرَ بالانظار رجعت الافة السرطانية ومتى رؤيت بالانظار ولم يشعر بها كانت غير سرطانية غالباً التهاب الرحم الغدي (métrite adénomateuse) : السطح الملس، الانزفة ليست غزيرة،

المفرزات مخاطية وردية في الغالب

التهابات الرحم السلية : نادرة تبدو فيها عدة قروح صغيرة واجواف صغيرة كما في نواسير الشرج وقد ترى كتلة نامية الا ان قاعدتها لينة . ولا يجاوز التشخيص متى شك في الامر غير الفحص النسجي

زهري الرحم . تبدو في الرحم القرحة والصوغ وعدة آفات اخرى ويقع الشك متى بدا صمغ واحد مبرعم الا ان قاعدته تبقى لينة وآفة الرحم هذه نادرة النتيجة انه متى شك في الامر وكان الفحص النسجي متعذراً وجبت العملية

يخطط الشكل المبرعم المتبطن للعنق مع المرحلات ويميز الاول عن الثاني بأخذه: نقاش وادخاله في العنق فاذا كانت العلة ورماً مرجلاً كانت احاطتها ممكنة ولوحظ ان المحيط رخو واما السرطان فيعرف براعمه غير المنتظمة وبصلابة محيط العنق واذا ادخل في العنق منقاش التصق وهرس البراعم .

واما تشخيص الاشكال المرتشعة فصعب فلا بد من الانباه الى الاعناق والمضايق والحذر منها

هل يستطاع تحري العقد الخثالية بالمس ؟

ان البحث عنها بهذه الطريقة غير مستطاع لان اصابتها اذ سلامتها لا تدركان الا في اثناء العملية .

لا يسخم سرطان العنق العقد الا قليلاً

سفي ١٠٠ حادثة : ثلثها لا تفخم فيه العقد

والثلث الثاني عقد النهائية

والثلث الثالث عقد سرطانية

ولا يحدث سرطان العنق اوراماً انتقالية الا في بعض الحالات التي عولجت بالاراد يوم

ومتى استولت الافة علي محيط الرحم

١ - زالت مرونة الرتج المرتشح

٢ - ثبتت الرحم فعاد التوسط الجراحي متعذراً لان الضغط لا يجوز الا متى كانت الرحم متحركة هذا اذا لم يكن ثبات الرحم ناجماً من حالة النهاية مرافقة التهاب الملحقات الذي يشفى باستعمال الثلج او من براعم المهبل التي تستطاع ازالتها بكشطها فتعود الرحم متحركة مداواة سرطان الرحم

متى قدم العهد على السرطان وجب ألا يكتفى بالجراحة وحدها واما متى لم يتجاوز السرطان هذا الحد جاز ان يعالج اما بالاستشعاع بالراديوم او اشعة X او بعملية ويرنهيم (Wertheim)

انتخاب افضل الطريقتين فكان يستند فيه الى الفحص النسيجي حتى هذه السنوات الاخيرة فكان يقسم السرطان قسمين السرطان ذي الخلايا الشائكة وهو المنيع على الاشعة (radio resistant) والسرطان ذي الخلايا القاعدية وهو الخاضع للاشعة (radio sensible) غير ان هذا الامر قد اعمل وقد عدل عنه رغو (Regaud) نفسه لان الاشعة تشفي في بعض الحالات السرطانات المنيعة عليها أحسن مما تشفي الخاضعة لها على ان يستعمل منذ المرة الاولى المقدار الكافي من الاشعة والاعادت الاستشعاعات التالية بلا جدوى ويجب ان يستعمل الاشعة من خبرها جيداً لان الاجزاء التي لا يثقلها الراديوم تنمو بعده نمواً سريعاً

يجوز ان يستعمل الراديوم بشكل انابيب شعرية فتوضع هذه الانابيب في ابر من بلاتين دقيقة جداً وتقرز في الورم نفسه . او توضع هذه الانابيب في اجهزة من شمع متى كانت التطبيقات على مكان بعيد وترتبط بكل انبوب صفيحة يستدل بها على عدد الميكروكوريات المستعملة في كل جلسة وأسهل من هذا ان يكون لدى الطبيب ملاح من الراديوم محفوظة في انابيب من البلاتين (برومور الراديوم) فتوضع هي ومرشحاتها الكثيفة في باطن عنق الرحم او في قعر المهبل محيطه بالرحم حيث تترك عدة ايام في مكانها على ان تراقب حرارة المريضة ويفكر دائماً في ان الموت الموضعي ممكن الحدوث وهناك طريقة اخرى يشارك بها تأثير الراديوم باشعة X الفائقة النفوذ

يستعمل الراديوم اليوم كالأشعة الفائقة النفوذ بشكل مراكم تنجح اشعتها الى نقاط مختلفة نحو الورم . فتتحسن حالة الورم تحسناً واضحاً في كثير من الاحوال الا ان

النكس كثير الوقوع بعد مدة مختلفة . وانه يصعب علينا في يومنا الحاضر ان نعرف قيمة المداداة الحقيقية . بالراديوم

اما عملية وريثها فتألفها حسنة متى كان اجراؤها منطبقا على الاصول ولا سيما في السرطان المحدود والمرأة المازلة والرحم المتحركة

واما اذا كانت حدود الورم مشوشة ومحيط الرحم مرتشعا وحلبا بعض الصلبة وكانت المرأة صاندة فيصعب اجراء عملية وريثها جد الصعوبة .

وترجع عملية وريثها على الراديوم لان استئصال جميع العقد المصابة مستطاع بها وعرقلتها الاكثر وقوعا هي النواسير البولية التي تنجم من موات الحالب متى عري ثمرها كبيرا .

ومنهم من يشرك المعالجين الاستشعاعية والجراحية معا فينصح البعض بالراديوم قبل الصليبات لانه ينقص حجم العنق ويزيل الانتان ويخفف من خطر البتطعم الجراحي ويحسن الحالة العامة

ولكن اذا تأخر اجراء هذه العملية اكثر من ثلاثة اشهر بعد الاستشعاع تصلبت اطراف الرحم وبات اجراء العمالية صعبا

واما العقد فينبها الراديوم ولا بأس في ذلك لان استئصالها في اثناء العملية ممكن ويعتقد البعض ان استنشعاعات الراديوم تسهل الاورام الانتقالية بعد العملية : اذا وقع

نكس جاز الاستشعاع مرة واحدة حذاء المنطقة المصابة بالنكس ومتى تجاوز السرطان حدود الوسط الجراحي كان لا بد من الاستشفاء بالمعالجة

الميلطفة وهي تقوم باستئصال الراديوم : ولا يجوز استعماله متى استولى السرطان على المبيض او الطئرج لانه

يسبب نواسير

الكبد والكلى (كايودور التوتيا)

ولا يجوز الكشط قبل استعمال الراديوم لان ندي الجرح يعود صعبا ويكتفي عادة ٣٠ - ٥٠ ميلي كوري في ٤ - ٥ ايام

تشع ١٠٠ ميلغرام يرمود الراديوم في ٣٤ ساعة ١ ميلي كوري و ٧٥ ميلغرام يرمود الراديوم ٧٤٥ ميلي كوري

و يجب ان يتجرى الاستشعاع الاول بحسنة ولا تصلب نسيج الافة بعد مدة وعادة

منبعة على الراديوم فيعود الاستشعاعان الثاني والثالث اشد صعوبة من الاول ،
والرابع ينكسر

ويفقد الراديوم نصف قوته بعد ١٧ قرناً

ويستعمل المزوتور يوم (mesothorium) واستعماله واجب متى خابت الوسائط الاخرى

• فهو ينشط قوة المريضة المنوية

النيوليز (néolysé) وهو ملح من ملاح المغنيز. يا استعماله دلبه (Delbet) لا يضر وان

يكن فعله وهدياً

ملاح النحاس تركت اليوم

والراديوم احسن جميع العلاجات المذكورة

ويستعمل المرهم الاتي لوقاية النسيج المحيطة بالفرج من المفزوات الخروشة :

اختيول ٤ غرامات

حمض التوتيا ٢٠ غراماً

نشا ٢٠ غراماً

• فازلين ١٠٠ غرام

وتستعمل من العلاج الاتي لملقعة حساء في لتر ماء ويحقن المهبل بها مرة في اليوم

• اذا كانت رائحة المفزوات نضة

كلوزال ١٠ غرامات

• فودمول ١٠ غرامات

صبغة الجاوي ٢٠ غراماً

• ماء كمية كافية لـ ٢٥٠ غراماً

وصفوة القول ان احسن واسطة لشفا سرطان العنق هو الابكار في تشخيصه لان

الطريق الجراحية تشفيه حينئذ يبقى اجرئت اللعنتية حسناً كانت نتيجةها افضل من

الراديوم المطبق حسناً وقد حسن حنا لويس فور اخضاء عملية وريتهام باستعمال طريقة

• ميكوكوليس القديمة في التجفيف • ولا يزال الميكوكوليس موضوع المناقشة والحوار في ايامنا

الحاضرة وفوقه لا تفكر لاثه المر بصلت يشفين بالميكوكوليس اكثر مما يشفقون يدونه • وقد

هبطت نسبة الوفيات في مستشفى بروكا من ١٧ / ٠ الى ٤ / ٠ • ويجب ان تعرف طريقة نزعه

في اليوم الاول يوم العملية
في اليوم الثاني تنزع رفادتان او ثلاث رفادات سطحية وتوضع مكانها في فم الكيس
رفادة جافة

في اليوم الرابع تنزع الفتائل العميقة فلا يبقى الا الكيس
في اليوم السادس يغسل الجرح بالماء المحمض الممدد
وكذلك الامر في اليومين السابع والثامن اذا كان التقيح غزيراً
في اليوم التاسع يبدأ بجرا الكيس وفي اليوم الاشر يشدا غليظ المر بوط باسفل الكيس املاً
باخراجه فاذا كان ملتصقاً وصعب ذلك يترك الى اليوم التالي ويجوز تركه حتى اليوم
الثاني عشر

ثم يعقد خيط الانتظار الذي وضع يوم العملية بعد وضع احفوض في الجرح ويرفع
هذا الاحفوض متى فارقت الحلي المريضة وهناك عرقلة يخشى شرها بعد العملية وهي الانسداد
المعوي فتتقى بالطريقة الآتية :

يوضع مسبار في الشرج في اليوم الثاني الساعة الخامسة وتضع في اليوم الذي يتلوه
حقنة شرجية منبهة صغيرة (ملعقة نبذ احمر في ٥٠٠ غرام ماء) و يغسل بعدها و يوضع في
سياق اليوم الثاني مسبار

وفي اليوم الثالث — وهو اليوم الخطر — يجب ان تقسو المريضة فاذا انتفخت المعدة
وقامت المريضة قيئاً اسود او اخضر وجب غسل المعدة ثم غسل المعى بعد ساعتين بالمسبار غسلاً
غزيراً و يكرر ذلك ٦-٧ مرات اذا قضت الحاجة و يجب ان يجري الطبيب نفسه هذا الغسل
واذا لم تقسُ المريضة في اليوم الرابع كانت الحالة خطيرة

الانسداد الالي : يقرع البطن فاذا بدت فيه تقلصات دودية وجب التوسط الجراحي
ونزع الميكوليس

واذا كان السبب خذل (parésie) الامعاء الناجم من التهاب الخلب : يوضع الجليد
على البطن ويتعاشى قهر يكس ما امكن فاذ تحسنت الحالة يعطى زيت الخروع في اليوم
الخامس او السادس وتنزع الخيوط في اليوم العاشر ويمكن في بعض حالات الخذل اذا لم يكن
عائق آلي ان يستفاد من فعل الغدة لانتخامية فتوصف نخلاصتها حقنة تحت او بطريق
الفم او في حقنة شرجية

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٢٨ م الموانق لربيع الثاني سنة ١٣٤٦

نظرة في الميكوليز (Mikulicz)

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية
ترجمها الحكيم مرشد خاطر



دخلت المدعوة أ . وعمرها ٣٥ سنة المستشفى العام في ٢٦ اذار سنة ١٩٢٧
مصابة في عضد بطنها بفلغمون تالٍ لفتق سري كان قد اختنق منذ ١٦ يوماً
وكانت في الشهر السادس من حملها .

وقد شعرت بهذا الفتق منذ عشر سنوات ولم يسبب لها اقل تشوش الا
هذه المرة وقد حملت هذه المرأة تسع مرات عدا هذه المرة ولها خمسة اولاد احياء
وكان الورم واقعاً فوق الناحية المناسبة للسرة والى يمينها وفيه ثقب مدور
كبير يعادل قطعة القرش السوري المعدنية تنصب منه انقاض تسج مائتة
وصديد وغائط . وكان يسيل من هذا الثقب على زعمها كل ما كانت تتناوله من
الاعذية . وكان الجلد مجرّشاً ومساحة التخرش واسعة جداً وحالة المرأة العامة
سيئة وحرارتها ٣٩ . كل هذا كان يمنعنا عن الاسراع في اجراء العملية الجراحية
ويدعونا الى تقوية المريض تحت جلدها بالزيت المكوفر والمصل الغليكوزي

وبتقطير المصل الغليكويزي حسب طريقة موري في في مستقيمها اما الجلد فقد
 طليناه بمرهم الاخيول (المستعمل في سريريّات حنا لويس فور) واما الجرح
 فقد ضمّدناه يوميا بالكحول .

غير ان المرأة على الرغم من كل هذا كانت تهزل هزالاً مستمراً كيف
 لا وهي مضطرة الى تناول ما يقوم بتغذيتها وتغذية جنينها في آن واحد الامر
 الذي حدانا الى اجراء العملية بدون تأخر وقد اجريناها في ٩ نيسان (بعد ان
 كانت قد مرّت على اختناق الفتق ثلاثون يوماً)

وكانت حرارة المرأة حينذاك طبيعية وحالة الجلد احسن من يوم دخولها
 للمستشفى . وكان الورم الفتقي شبيهاً بالمرشة يعادل حجمه قبضة اليد وقد
 ضاق الثقب الذي كان ينصب منه السائل المعوي بغزارة فعاد معادلاً لقطعة
 نصف القرش السوري المعدنية وكانت تحيط به ٤ - ٥ نواشير بين حجم
 العدسة والمخصة ينصب منها سائل قيحي .

.....

العملية : خدرت المريضة بالايثير وبقناع امبردان وكان المعاون رئيس
 السريريّات الحكيم نظمي القباني .

اغلقت الثقوب بدك مجاريها بالرفادات وطهر محيطها جيداً بصبغة اليود
 ثم أجري شق دائري بعيد عنها انتهى في العالي والاسفل بشق خطي . فظهر
 بعد شق الجلد ان النسيج الخلوي الشحمي كان كثيفاً على الرغم من هزالها
 الامر الذي لم نكن نتظره . وقد كشفنا هذا النسيج الشحمي حتى الصفاق
 مبتعدين ما امكنا عن المناطق المرتشعة وبعد ان حدد هذا الورم الفتقي

المتقيح من كل جهاته لفّ برقادة فلم يعد يبدو غير الصفاق .
 وكان مجمل هذا الورم معادلاً بحجمه لحجم راس الجنين وكان تحريكه سهلاً واستئصاله كما يستأصل الورم ممكناً . وقد استخرجنا في محيط الورم جميع النسج التي لم يرق لنا منظرها ثم وقينا ساحة العملية جيداً وشققنا الصفاق على مسير الشق الجلدي وفتحنا الحالب (البريطون) وحررنا هذا الورم الفتقي الذي لم يعد عالقاً إلا بذب مؤلف من ثرب الفتق وقطعتي العروة المعوية الداخلة والخارجة فربطنا الثرب وقطعناه وقطعنا العروة وماساريقها فتححر الورم الفتقي وكيسه ونزع كتلة واحدة . ثم خططنا طرفي العروة التي كانت محتقة أحدها بالآخر حسب طريقة توبه .

فبدا عندئذ المشهد التالي في ساحة العملية : في العالي الكولون المعترض محرراً من الثرب الذي ربط عند ملاسته لحافة الكولون ، في الاسفل الرحم الحامل ، وبينهما العروة المخيطة التي لم يعد من الثرب ما يكفي لسترها في العالي تضغطها العرى التي تدفعها الرحم وكانت هذه العروة التي خطاها مندفعة الى الامام بقطعة الماساريقا الملتصقة بتلك النقطة لان العروة التي اختنقت منذ شهر في كيس الفتق جرتها معها حسب ذلك الاتجاه .

فاذا اغلقنا البطن بقيت العروة ملازمة لخياطة جدار البطن وهذا ما يستحسنه بعض الجراحين كل الاستحسان لانهم يدرأون به الخطر عن الجريح اذا تفككت غرز الخياطة المعوية . غير ان جدار البطن في هذه المرأة ليس طاهراً بل يخشى ان تنتقل منه الجراثيم الى العمق على الرغم من التطهيرات الشديدة التي طهرناه بها . ومن يضمن لنا علاوة على ذلك طهارة العروة ونجاتها من التلوث

في اثناء العملية مع اننا بدلنا القفايز والآلات والادوات التي استخدمت في شق الجلد؟

فبناءً على ما تقدم واستناداً الى ما قام من الجدل في جمعية الجراحة حول هذه القضية عولت على استعمال الميكوليز ولكن اعترضني امر وهو إيجاد قطعة من الثرب كافية لستر العروة غير انني لم اعبأ به وصممت على استعمال الميكوليز مهما كانت الحالة الحاضرة فصنعت جهدي لدفع العروة المحيطة الى مسات تحت الكولون المعترض املاً بان رباطه يقيها بعض الوقاية وان الكيس متى دفع الى ملاسة العروة يقيها في مكانها ويضمن المستقبل ويخفض الجدار وجوف البطن ايضاً اذا قضت الحاجة وانه اذا ما ارسلت من الكيس استطالات تحت جدار البطن فصلت خط الخياطة الجداري وهو القسم الخطر الذي يخشي تلوثه عن الجيب الواقع تحته وما فيه من الاحشاء . وقد خيط الجدار طبقة واحدة بشعر فلورنسة غرزاً متفرقة .

بعد العملية : لازم القيء المريضة ٣٦ ساعة وقد اخذها وهي على منضدة العملية وكانت هذه الاقواء غزيرة فنسبتها الى التسمم بالايثير الذي زيسد على التسمم بالحمول .

فحقناها بالكظرين (ادرناين) وغسلنا معدتها مرتين في اليوم ولم نقطع عن استعمال الزيت الكوفر وتقطير المصل الغليكوزي في مستقيمها حسب طريقة مورفي وقد كان النبض ١٢٠ فعاد في اليوم الثاني الى ١٠٠ فالى الحالة الطبيعية بعد ان فست المريضة ولم تعلق الحرارة مطلقاً الى ٣٧ .

وسمح لها بتناول السوائل المحلاة منذ زوال القيء وبالحليب في اليوم

الثالث وبالخبز والخضر والبيض في اليوم الخامس .

وقد تم نزع الميكوليز في اليوم التاسع حسب القواعد المرعية الاجراء في مستشفى بروكا واعطيت المريضة مسهلاً في اليوم الثاني عشر ونزعت الخيوط في اليوم الثالث عشر وسمح لها بالوقوف في اليوم العشرين فلم ترض المريضة بعد ذلك بملازمة المستشفى فتركته في السادس من ايار قبل ان يمر شهر على دخولها له ، ولم يكن قد تم اندمال الجلد حينئذ لان الجرح بقي في النقطة المناسبة لدخول الميكوليز عارياً من الجلد . ولم تكن تتجاوز مساحة تلك البقعة قطعة القرش السوري المعدنية . وكانت الرحم التي بلغت الشهر الثامن من الحمل قد تجاوزت هذا السطح المعمرى دون ان تبدو اقل علامة دالة على فتح او خروج بطن وكان الغائط ظبيعياً ومنتظماً . ولم تثميج الغرز مطلقاً غير ان الجوف المناسب لكيس الميكوليز نز منه سائل كرية الرائحة بضعة ايام لانه قريب من الكولون فزال التعفن ببضعة تضميدات بحلول دكان والمصل .

.....

ان فائدة الميكوليز في هذه الحادثة لا تنكر ولعل الندب كان اسرع والامر كان قد سار سيره الطبيعي بدون الميكوليز وبتحفيض (drainage) الجدار بشعر فلورنسة بعد اغلاق الخلب اغلاقاً تاماً . وانني لو لم اقر الجدل الحديث الذي دار في جمعية الجراحة لما كنت ترددت اقل تردد في اغلاق الخلب مع انني من دعاة الميكوليز في جراحة الزماء .

ولكن بماذا اثبت فائدة الميكوليز في هذه الحادثة ؟ انني قد تساءلت كثيراً حين وضع الميكوليز وبعده ما عساه ان يخرج وراء الكيس بعد نزعها . وقد

رأينا ان الامر قد تم على ما يرام وان الناسور لم يحدث وان خياطة العروة التي كانت ، ولست اشك في ذلك ، ملامسة للكيس لم تتفكك وان الجدار الذي كان يخشى ان يكون مصدراً للتعفن قد تحفض دون ان يطرأ اقل تفاعل التهابي ظاهر ، وان الحرارة لم تعل مطلقاً وان اندمال الجرح لم يؤخره نمو الرحم الحامل وان مجرى المواد الغائطة قد عاد الى ما كان عليه في الحالة الطبيعية .

واكبر دليل على حسن هذه الطريقة شفاء المريضة ولعلكم تتساءلون ما عساه ان يكون مستقبل هذه المريضة ؟ سوء ال تصعب الاجابة عنه منذ الان غير ان المريضة لم تعد الى الامر الدال على ان شفاءها كان ثابتاً . ان هذه المشاهدة المعقدة ونجاح الميكوليز فيها يدعواني الى استعمال هذه الطريقة في جراحة الامعاء واني آسف لانني لم الجأ اليها قبل الان في بعض الحالات التي لم يكن من أمل فيها فلعل استعمال الميكوليز كان اداة شفاء لاولئك المرضى . غير اني ان اتأخر في المستقبل عن استعمال هذه الطريقة كلما منحت الفرصة .



فالج شقي ايسر مع ضياع اللفظ

نوب ضحك جنوبي مباينة لصحة الايماء الموءلم^(١)

للحكيمين جود و ترابو استاذين في معهدنا الطبي

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان مشاهدات الفالج الشقي الايسر مع ضياع النطق عادية لا تستحق الذكر لان ما دار حولها من المناقشات وما اشكل من امر خلقتها (فسيولوجيتها) وتشريحها المرضي قد جلي . غير ان المشاهدة التي ننشرها اليوم جديدة بان تعلن لانها مشاهدة فالج شقي ايسر مع ضياع النطق في رجل يستعمل يمينه مع ان الافات الدماغية تكون في الغالب وحيدة الجانب وعميقة ولان تعليل مشهدها السريري مستطاع دون الالتجاء الى فرضية الاهرام غير المتصالبة . وعدا ذلك فان نوب الضحك الجنوبي الزيدة على هذا الفالج الشقي تعيد المشاهدة كثيرة الفائدة وهذه هي :

دخل رماز والمستشفى العسكري بدمشق في ١٩ شباط سنة ١٩٢٨
وتشخيص مرضه : ضياع النطق وفالج شقي ايسر . فبصدنا بفحص جسده
لان المريض لم يكن يستطيع الكلام فوجدنا : الطرف العلوي الايسر متقفعاً
كما هي العادة والمضد ملاصقاً للجدع والساعد يوءلف زاوية درجتها ٤٥
واليدين منعطفتين انعطافاً عيقاً والاصابع كذلك والابهام متجهاً الى باطن

(١) Hemiplégie gauche avec anarthrie . Accès de fou rire contrastant avec la correction de la mimique douloureuse

اليد بين الاصابع الاخرى والراحة والرجل اليسرى منبسطة ومتقاربة بعض التقلص وتكاد تكون طبيعية لان الساق والفخذ يجريان بعض حركات العطف والبسط وترتفعان عن سطح السرير يريد ان العضد جامد لا يبدي حراكاً .

ووجدنا نصف الوجه الايسر مشلولاً والصوار متجهاً الى اليمين والحذ مسترخياً يتموج بعض التموج مع حركات التنفس والمريض عاجزاً عن النفخ والصفير وزاوية اللسان متجهة الى الجهة المريضة وحركات اللسان جميعها ممكنة مع بعض الصعوبة . وتحققنا ان في البلع والمضغ بعض الصعوبة . وان العين اليسرى تغلق انغلاقاً ناقصاً متى سُئل المريض اغلاق عينيه معا وان هذا النقص يزداد متى سُئل ان يغلط العين اليسرى وحدها . وان الانعكاسات الوترية والعظمية في الطرفين السفلي والعلوي الايسرين متزايدة وان في الرجل اليسرى اتفاضات صرعية الشكل وان علامة اوبنهايم تبدو في الرجل اليمنى متى تحري الانعكاس الاخصي في اليسار يريد ان هذه العلامة لا تظهر في الجهة اليسرى . وان الانعكاسات البطنية والصفنية ناقصة في اليسار وانه لا تشوشات حسية ولا داء رقص نصفي ولا حركات غير ارادية نصفية (hémiparésie) ولا تشوشات غذائية وان نصف الجسد الايمن سليم . وبعد ان ثبت لنا الفالج الشقي العضوي التام الايسر بدون بطلان الحس النصفي مررنا الى درس ضياع اللطق الذي سهل علينا درسه لان المريض يعرف القراءة والكتابة ولانه لم يفقد شيئاً من ملكاته العقلية فهو يفهمهما تماماً والاوامر المعطاة بصوت عال ويجريها بدقة ويجري ايضاً الاوامر المعطاة كتابة ويكتب كتابة صحيحة ما يملئ عليه وينقل الكلمات المطبوعة نقلاً سريعاً وسهلاً . غير ان التكلم العضوي غير مستطاع

فهذه المعاناة تدلنا على ان مريضنا مصاب بضياع اللفظ الصرف حسب تعريف بطرس ماري (لانه حافظ على ملكاته العقلية اتم المحافظة وعلى الكتابة والقراءة ولم يفقد الا اللفظ) مع ان حركات اعضاء النطق سليمة كما ابنا ذلك في سياق معاناة الجسد وتشوشات النطق ليست ذات علاقة بأفات بصلية كاذبة .
ومريضنا شاب عمره ٢٤ سنة مصاب بفالج شقي وليس مصاباً بأفة بصلية كاذبة ومريضه حديث العهد ولا تصح نسبته الى عطل ناجم من تلف خلالي بطيء في الدماغ لسنا ننكر كما ذكرنا ذلك في صدر مشاهدتنا ان المريض مصاب بنوب ضحك جنوني غير ان الضحك والبكاء التشنجيين شيء ونوب الضحك الجنوني شيء آخر وليست نوب الضحك هذه في مشاهدتنا من نوع الضحك والبكاء التشنجيين . فهي نوب ضحك تتاب المريض كثيراً بدون سبب كافٍ لحدوثها مثال ذلك انها تبدو على اثر غرز الابرّة في القطن . فهو ضحك لا مبرر له يستمر دقائق عديدة ويعاود المريض كالضحك الذي يستولي على شخص سليم متى اصغى الى قصة مضحكة فهو لا يتصف بصفة التشنج ولا الشدة كما يتصف ضحك المصابين بأفات بصلية كاذبة وبفالج شقي . وعسا ذلك فإن النوب لا تتناوب ابداً مع نوب البكاء .

وسمات الحزن في مريضنا طبيعية واننا في اثناء درسنا لملكاته العقلية كليناه عن اقاربه واخوته وبلده فابكته هذه الذكريات وسالت الدموع غزيرة على وجنتيه وكان بكائه هادئاً ملطفاً ناجماً من تأثير حقيقي . وليس في مريضنا اقل تشوش عقلي ولم تنقص ذاكرته تقصاً قسماً ولا خاصاً وانتباهه صحيح وقوته الحكمة وتأليف افكاره طبيعيان لا خلل فيهما . فهو قد افادنا بكتابة

افادة دقيقة عن بدء مرضه الذي اصابه تدريجياً دون ان يفقد شعوره فقداً فجائياً وعن تاريخ ولادته واسم البلد الذي ابصر النور فيه وقد امرناه بان يكتب «ولدت في الصين» فبدت على محياه سمات الاستنكار وكتب «ولدت في مدغسكير» وهو يحلل بروية التشوشات التي طرأت على حركات وجهه . ولا يتنبه تنبهاً شديداً بل يصف لنا حالته فيقول انه متى ضحك لا يكون ضحكه دليلاً على سروره بل ان نفسه تحزن لبدور هذا الضحك منه لانه يرى ان في ضحكه قلة ادب غير انه لا يقوى على ضبط هذه النوبة التي تعتريه وهو يعمل متى بدرت منه على ايقافها بدون جدوى ويمسك في يده دائماً خرقة يولجها في فمه املاً بايقاف نوبة الضحك التي يشعر بمجيئها . ولنوب هذا الضحك الجنوني دلالة كبيرة من وجوه متنوعة فهي لا تدخل في دائرة الضحك والبكاء التشنجيين بل تدل على ان بين سيماء الضحك وسيماء البكاء فاصلاً اذا اقررنا مع بريسوبان سيماء الانفعال تسلك طريق القشرة والسرير البصري مارة بالمحفظة الباطنة وبان الحزمة النفسية منقسمة الى حزمتين مختلفتين احدهما عائدة الى سيماء الفرح والاخرى الى سيماء الحزن . ويتنبه مريضنا ايضاً الى ورود نوبة الضحك الجنوني الشديدة والحركة المضادة لها كما في العرة (tic) العقلية التي يجلي جوهرها العضوي يوماً عن يوم . فالافات الشريرية المرضية التي تصورناها في هذه الحادثة تعال مجموعة الاعراض التي يبيدها مريضنا . فهي واقعة كما يظهر لنا في الناحية التي تتجاوزها حزمة بريسو النفسية . ان مريضنا لا يبدي اقل تشوش عقلي وهو ليس مصاباً بضياغ النطق بل بضياغ اللفظ ويجب حسب رأي بطرس ماري ان يميز ضياغ اللفظ الصريح عن

ضياع النطق الحقيقي الذي يصحبه في الغالب تشوش العقل . وليست القشرة
 المعاقلة هي السبب في مريضنا بل ناحية ماتحت القشرة . ينسب كارلوس فوا
 ولافي ضياع اللفظ الصرف الى تلين سلفيوس العميق المركزي . وسبب هذه
 الحالة في مريضنا التهاب الشريان الزهري لان ندبة القرحة بادية على قضييه
 ولانه حديث السن خالٍ من علامات الافات القلبية المحدثه للصمامات وقد بدا
 تفاعل واسرمان في دمه ايجابياً وكذلك القول في تفاعل الجاوي الغروي . .
 وقد تحسنت اعراضه جميعها : الفالج الشقي والضحك وضياع اللفظ تحسناً
 واضعاً بالمعالجة المضادة للزهري .



المداداة بالاشعة فوق البنفسجي ونتائجها في بضع عشرة مشاهدة « ٢ »

للحكيم حسني سبوح رئيس السريريّات الباطنة

النتائج الدوائية والملاحظات السريرية :

قلنا في بدء مقالنا الذي نشر في الجزء السابق ان الاشعة ف . ب يتخذها البعض دواءً عاماً يركن اليه في جميع الحالات التي تعصي المعالجات العادية فقد جربها اطباء عديدون في شتى الامراض وذكروا عنها نتائج متباينة جداً فبينما يوصي بها البعض في مداواة السل الرئوي نرى البعض الاخر يبين المخاطر الشديدة الوخيمة من استعمالها في هذا الداء الويل مثبتاً ذلك بالادلة والملاحظات العديدة

والحقيقة هي انه ليس للاشعة ف . ب فعل الا في بعض حالات خاصة جلها في الاطفال . واما ما يعزى اليها من التأثير الحسن في شتى الآلام العصبية فمائد الى الاقتناع الذاتي اكثر من عودته الى تأثير الاشعة .

واننا نأتي الان على ذكر ما جنيناه من الفائدة في المداداة بالاشعة فوق البنفسجي موردين الملاحظات التي تمكنا من جمعها وبما ان مشاهداتنا لا تتعدى الاحراض الباطنة فاننا سنأتي بعد سردها على ذكر الامراض الاخرى التي تنجع فيها الاشعة مستنديين الى اراء الذين استعملوها زمناً طويلاً .

(١) الأشعة ف . ب . في الآفات السلية :

ان ما عرف عن خواص الأشعة وتأثيرها في التغذية العامة وما تحدثه من النشاطين الجسدي والروحي في المداوى بها جعل لها المكان الأول في معالجة الأمراض السلية ما خلا الآفات السلية الرئوية التي ثبت ضرر الأشعة بها على عكس ما ادعاه بعض اطباء الالمان في بدء استعمالها .

فيجب والحالة هذه ان تفحص رثا من تراد مداواته بالأشعة ف . ب . فحصاً دقيقاً حتى اذا كانتا سليمتين جازت المعالجة بها والا امتنعت ولو كان المريض مصاباً بأفة أخرى تستدعي هذه الأشعة لان استعمالها حينئذ يوقظ الآفة الرئوية الهاجعة ويحدث ما لا تحمد عقباه .

استعملنا الأشعة ف . ب . في حوادث سلية مختلفة نسردها

(أ) التهاب الخلب الدرني .

استعملنا الأشعة في اربع حوادث من التهاب الخلب الدرني الحبيبي فكان التحسن باهراً جداً في اثنتين واخف في الثالثة ولم نرَ فائدة في الحادثة الرابعة واننا نعزو الفشل الى ازمان المرض في الحادثتين الأخيرتين والى اشتراك المعنى بالتدرن .
المشاهدة ١٧ - السيدة ج . شقراء اللون عمرها ٢١ سنة اضيفت في صفرها بالتهاب العقد البلغمية الدرني في اماكن مختلفة . ظهر فيها التهاب الخلب مع حبن منذ ثلاثة اشهر . حرارتها لا تتعدى مساء ٣٧.٥ وزيها ٥٧ كيلوغراماً محيط بطنها في الخط السري ١١٥ سم رثاها سالتان ، في قاعدة رثتها اليميني احتكاك ، اشتهاؤها للطعام متوسط نبضها ٩٢ ضغطها الشرياني ١٣ - ٧٥ .

عولجت بالأشعة فغرضت لها بست دقائق عن بعد ٩٠ سم في الجلسة الأولى .

فظهر في جلدّها احمرار مع حكة شديدة بعد خمس ساعات وزالت بعد يومين
اجريت الجلسة الثانية بعد اربعة ايام بالمدة والبعد نفسيهما ثم ثوبر على المعالجة
حسب الطريقة التي بينها حتى بلغت مدة التعرض للأشعة في الجلسة التاسعة
٤٠ دقيقة والبعد ٥٠ سم وأعيدت الجلسات كالجلسة الأخيرة ٨ مرات فكان
مجموع الجلسات ١٧٠ ظهر الصباغ على صدر المريضة وبطنها وكان أشده على
ظهرها ولم يصبها في أثناء المداواة سوى أن حرارتها ارتفعت الى ٣٨ في
الاسبوع الاول ثم عادت الى حالتها الطبيعية وقد عاد اليها الطمث بعد ان كان
قد غاب عنها منذ شهرين وتحاشينا تعريضها للأشعة مدة الطمث .

تحسنت الحالة العامة بتأثير الأشعة التي اشركنها مع المعالجة الطبية
المعتادة فاصبحت حرارتها مساء ٣٧ أو ٣٧،٢ واخذ الحبن بالتناقص تناقصاً
تدريجياً فعاد محيط بطنها بعد شهر من المداواة الى ١٠٦ وفي نهايتها الى ٩٩ سم .
وبعد ان انقطعت عن المداواة اشرنا عليها بتبديل الهواء فذهبت الى جبال
لبنان ثم شاهدناها بعد ثلاثة اشهر فوجدنا ان وزنها قد ازداد ٨ كيلوات وان محيط
بطنها ١٠٢ مما يدل على السمن الذي احرزته واستمر التحسن بعد المداواة رغم
انقطاعها عنها

المشاهدة ٢٣ — طفل في السنة العاشرة من عمره اصاب بالتهاب الخُالب
الدرني الحبني منذ شهرين . حرارته المسائية ٣٧،٦ اعضاءه سالمة محيط
بطنه ٥٨ ووزنه ٢٣ كيلواً

عولج بالأشعة فعرض لها في البدء ست دقائق عن بعد متر ثم ثوبر عليها
فزيدت مدة التعرض وانقص البعد حسب الطريقة السالفة . فتحمل

الطفل الأشعة جيداً وبدأ على جلده احمرار في الجلسة الاولى ولم يلبث ان زال في اليوم التالي . وتأخر ظهور الاصبغة فيه ولم تكن شديدة كما في المريضة السابقة أجريت له ١٢ جلسة مع المثابرة على التدابير الصحية والادوية المقوية فتحسنت حالة المريض وعاد محيط بطنه الى ٥٢ بعد سبع جلسات والى ٤٩ سم بعد انتهاء الجلسات . واستمر التحسن بعد انقطاعها وقد شاهدناه بعد شهرين من انتهاء المعالجة فكان محيط بطنه ٤٩ سم ووزنه ٢٢٠٥ كيلوا .

المشاهدة ٣١ - السيدة ع . عمرها ١٨ سنة أصيبت بالتهاب الخلب مع حبن وجناب مصلي ليفي ايسر عولجت بالأشعة بعد ان تم شفاؤها من الجناب تسع جلسات حسب الطريقة السابقة فلم تحسن فتركت المريضة المداواة وغابت عن نظرنا .
(ب) التهاب العقد البلغمية الرغامية القصية الدرني

استعملنا الأشعة ف . ب في طفلين مصابين بالتهاب العقد البلغمية القصية السلي:

المشاهدة ١٠ - الطفلة أ . عمرها خمس سنين أصيبت بالحصبه منذ ثلاثة اشهر ثم اعتراها في زمن النقه سعال نوبي ديكبي الشكل فذات القصبات وارتفعت حرارتها . كانت حرارتها المسائية حين فحصها ٣٧.٥ ، نحيلة البنية شاحبة اللون قليلة الطعام وقد تبين من فحص صدرها ان عقدتها البلغمية الرغامية القصية منتبجة في الجهة اليمنى . اجرينا لها ثماني جلسات فابتدأنا باربع دقائق عن بعد متر ثم زيدت المدة على الطريقة المعتادة فتحسنت حالتها منذ الجلسة الرابعة واستعادت نشاطها وخف سعالها ثم زال بعد ترك المعالجة بثلاثة اسابيع ووزاد وزنها وبدأت عليها علامات الصحة .

المشاهدة ٢٦ — الطفصل ع ٠ عمره ٧ سنين فحيل البنية يشكو سعالاً ديكبي الشكل اعتراه بعد نزلة صدرية مع ارتفاع الحرارة وظلت نوب الحمى تتابيه حيناً بعد حين ثلاثة اشهر تبين من معاينته ان عقده الرغامية القصيبة متبجة في الجهة اليمنى ولم تظهر الحيويينات الدموية في دمه ٠

عولج بالاشعة على الطريقة ذاتها عشر جلسات فزالت الاعراض بما فيها السعال والحرارة وقد رأينا الطفل بعد انتهاء المداواة بخمسة اشهر فاذا به يتمتع بصحة جيدة ٠

وقد اشركنا المعالجة الدوائية في كلتا المشاهدين بالاشعة لاننا نعتقد بحسن فائدتها ٠

٢ — الخرج (rachitisme)

عالجنا اربعة اطفال مصابين بالخرج فشفي منهم ثلاثة ولم يشف الرابع لان مرضه كان قديماً وقد تمكن من الوقوف بعد المعالجة غير انه لم يستطع المشي وانا نذكر من هذه المشاهدات اثنتين فقط حذراً من التطويل

المشاهدة ١٨ — الطفلة ع ٠ عمرها ثلاث سنين وشهران مصابة بالخرج لا تقوى على المشي جيداً ٠ واذا مشت سقطت بعد بضع خطى ٠

عولجت بالاشعة فاصبحت قادرة على الوقوف المديد بعد الجلسة السابعة وتحسن مشيها واصبحت لا تهوي كعادتها بعد الجلسة الخامسة عشرة واستمر تحسنها بعد انقطاع المعالجة اي بعد الجلسة العشرين فكان مجموع ما تعرضت له من الاشعة ٧ ساعات و ١٠ دقائق ٠

المشاهدة ٢٢ — الطفل ج ٠ في السنة الثانية من عمره مضاب بالخرج الذي

كانت اعراضه جميعها بادية فيه حتى ان يافوخه المتوسط كان لا يزال ظاهراً حتى هذه السن . وهو لا يقوى على الاتصاب ولا المشي ثباتاً .
عولج بالأشعة فتحسن تحسناً تدريجياً وتمكن من الوقوف بعد الجلسة الثانية عشرة ومشى بعض خطى بعد الجلسة العشرين ومشى جيداً بعد الجلسة الخامسة والعشرين وصغر حجم يافوخه حتى اذا انتهت المعالجة لم يبق منه سوى قسم صغير زال بعد انقضاءها بثلاثة اشهر . ومجموع ما تعرض له الطفل ٩ ساعات ونصف الساعة .

واما مشاهدتنا الثالثة فهي عن طفلة في سنتها الرابعة يافوخها لا يزال باقياً لم تمكن بعد الجلسة العشرين الا من الاتصاب فقط على ان حالتها العامة تحسنت تحسناً ظاهراً وصغر يافوخها فقطعنا المعالجة عنها ثلاثة اسابيع ثم عدنا اليها ثانية وهي لا تزال قيد المعالجة الى الان .

٣ - التكرز (tétanie)

لم يسعدنا الحظ الا بمعالجة طفل واحد مصاب بالتكرز وقد كان للأشعة فيه الفعل العجيب واليك المشاهدة :

... المشاهدة ١٥ : طفل في السنة الخامسة من عمره مصاب بالتكرز منذ شهرين عالجه اطباء عديدون معالجات متنوعة فلم يستفد وجل ما جناه من هذه المعالجات انها كانت توقف نوبه مدة لا تتجاوز اليومين . جيء بهذا الطفل الينا بعد ان اتنا به في الليلة الفائتة ثلاث نوب فتحققنا تشخيص التكرز بعلاستي وليس وشواستك (Weiss & Chewostek) . فعالجناه بالأشعة ف . ب وحده فقط بدون ان نشر كها بالمعالجة اخرى فزال النوب بعد الجلسة الاولى على النفا ثابرتا على المعالجة

اربع جلسات وكنا نجري له جلستين في الاسبوع فشفي الطفل شفاء تاماً من التركيز ثم رأيناه مرة ثانية بعد شهرين من انتهاء المعالجة فذكر لنا والداه انه لم يصب بأية نوبة خلال تلك المدة

٤- الاختلاج الطفلي :

استعملنا المعالجة بالأشعة ف . ب في طفل (المشاهدة ٢٧) عمره ستة اشهر كان مصاباً بنوب اختلاجية تتابها في اليوم مرتين او ثلاث مرات . ابواه صحيحا البنية ليسا مصابين بالزهرى (وقد ايدت ذلك سليية تفاعل وامرمان) غير ان والدته عصبية المزاج وكانت تصاب في طفولتها بنوب اختلاجية متى انعمت كما انها اصيبت بنوب شبيهة بها في اثناء حملها للطفل المذكور .

عالجنا هذا الصغير بالأشعة ف . ب فخف عدد النوب بعد الجلسة الاولى حتي انه لم يصب بسوى نوبة واحدة خلال ثلاثة ايام ثم زالت النوب تماماً بعد الجلسة الثالثة وثابرونا على المعالجة نفسها خمس جلسات فشفي شفاء تاماً .

٥- الربو الطفلي (asthme infantile) :

لدينا مشاهدة واحدة تدل على فائدة الأشعة في الربو الطفلي وهي: الطفل ص . ب . عمره ثلاث سنين اصيب منذ اسبوع بنوب زلة شديدة تتابها في الليل فقط مع سعال وقد يان لنا من فحصه ان في صدره خراخر مخاطية وان حرارته ٣٨.٥ . ولما كان ابواه مصابين بالزهرى عالجناه بالمعالجة النوعية واشركناها بالمعالجة العرضية المعتادة فلم يبدُ فيه سوى تحسن قليل . فجرئنا له المداواة بالأشعة ف . ب فخفت شدة النوب بعد الجلسة الاولى ثم زالت تماماً بعد الجلسة الثانية ولم نستعمل له سوى اربع جلسات فقط واستمر تأثير المعالجة لانه لم

يصب بعدها بنوب على اننا تأثرنا في الوقت نفسه على المداواة النوعية المضادة للزهرى
٦ — فاقة الدم

لدينا مشاهدتان عن فاقة الدم تقتصر على ذكر احدهما :
المشاهدة ١٣ : الابنة ف ٠٠٠ في السنة الحادية عشرة من عمرها مصابة بفاقة
دم وقه شديد ، عدد كرياتها الحمراء ٣٢٥٠٠٠٠ في الملمتر المكعب ، خضاب
دمها ٦٥ ، فحصنا اعضاءها فلم نجد ما يوضح لنا سبب فاقة دمها عاينا برازها
فلم نكشف فيه سوى بعض بيوض الحبليل (اسكر يد) ولعل القمه وقلة التغذية
الناجمة منه كانت السبب الاساسي في فاقة دمها .

اعطيناها عطر الشانو بوديوم (essence de chenopodium) فاخرجت سبعة
من الحبليل اعطيناها مركبات الزرنيخ والحديد فلم تغدها .
عالجناها بالأشعة مرتين في الاسبوع ويزدنا مدة الأشعة وقرنها فتحسنت
منذ الجلسة الخامسة واستعادت بعض قواها وزاد اشتهاؤها للطعام ولم تنزل
سائرة في طريق التحسن حتى الجلسة العاشرة ، فحصنا دمها فكان عدد كريات
الحمراء ٤٢٠٠٠٠٠ وخضابه ٨٥ ، واستمر التحسن بعد انقطاع المعالجة وزالت
الاعراض التي كانت تشكوها .

النتائج السريرية المستحصلة بالمداواة الشعاعية

ان ما ذكرناه من المشاهدات القليلة لا يصح ان يبنى عليه رأي حاسم عن
فائدة الأشعة ف : ب . في المداواة ولذا نرى اننا للفائدة ان نذكر طريقة من
فوائدها السريرية في شتى الامراض . وبما انه اظهر فائدة تيجنى من الأشعة هي
في طب الأطفال فاننا نسرد رأيي تكسيه عنها :

ان مجال المداواة بالاشعة ف . ب فسيح للغاية فيها تداوى الافات المختلفة فتحسن او تشفى : التظاهرات العصبية ، امراض العظام ، اختلالات النمو ، العلل الجلدية ، الامراض الاتانية ، النقه .

الحالات الاختلاجية والعصبية في الطفولة الاولى : ان التظاهرات العصبية الاختلاجية التي يكثر حدوثها في الطفولة الاولى والمسماة الحالة التشنجية (spasmophilie) كتشنج الخنجر (laryngospasme) او تشنج لسان المزمار (spasme de la glotte) والتكزز تشفى شفاء اكيراً بالاشعة فوق البنفسجي . لان جميع هذه التظاهرات المذكورة تتصف بقلة المواد الكلسية في الدم وما من يجهل ان الاشعة ف . ب تزيد كمية هذه المواد من ٦٠ مغ . الى ١١٦ مغ . كما ذكرنا آنفاً

ويقول تكسيه ان تأثير الاشعة ف . ب في هذه الحالات العصبية تأثير خاص نوعي شبيه بتأثير صفصافة الصودا في الرثية المفصلية الحادة والكينين في البرداء . والعجيب ما ذكره روهمر ان ملاح الكلس تؤثر في هذه الحالات المرضية تأثيراً مؤقتاً لان هذا التأثير يزول بعد انقطاع المداواة على ان المداواة بالاشعة ف . ب تؤثر تأثيراً مستمراً وتبقى كمية الكلس في الدم مرتفعة بعد انقطاع الاشعة .
اختلالات التمثيل :

الغريخ : تاكدنا اليوم ان سببه الوحيد اختلال تطور (métabolisme) الكالسيوم والفسفور وان اشعة ف . ب تؤثر تأثيراً يكاد يكون نوعياً في الالية المنظمة لهذين العنصرين الاساسيين . وقد ابان الأستاذ مروفن وتلاميذه التغيرات المحسوسة التي تحدثها المعالجة فهي تحسن الحالة العامة بسرعة فيعود الاشياء

ويزداد الوزن ويعود النشاط وتنقص فاقة الدم فقد ذكر أحدهم أن الكريات الحمراء تزداد مليوناً بعد ثلاث جلسات مدة كل منها عشر دقائق . والأطفال الذين لا يقوون على الجلوس في أسرهم يجلسون بعد بضع جلسات ثم يقفون ويتمكنون من السير بعد عشرين جلسة تقريباً .

ولا تأثير للأشعة المذكورة في الحالات المزمنة أي في من بلغوا الطفولة الثانية : ويعتقد ورميجر أن للأشعة ف . ب تأثيراً واقعياً من الخرج عدا تأثيرها الشافي وهو يوصي بتعرض الأطفال الذين يخشى عليهم من الخرج للأشعة ف . ب . وكذلك القول في المصابين باختلالات هضمية والمولودين ولادة مبكرة والمزولين . . . اختلالات النمو : تستعمل الأشعة بناء على تأثيرها المغذي الناجم من فعلها في تحويل المواد المعدنية في الجسماء في جميع الحالات المتصفة بنقص النمو والمصحوبة بفاقة الدم فتحسن العوارض المسببة لاختلالات النمو كالتشوشات المعدنية المعوية . وينقطع القيء والاسهال منذ الجلسة الثانية وتحسن الحالة العامة وتنمو العظام .

اختلال وظائف الغدد الوعائية الدموية :

ان ما ذكرناه عن خواص الأشعة الخلفية وتأثيرها في التطور الاساسي يوضح لنا تأثيرها الجلي في حالة القصور الدرقي . وهن القوى (asthénie) الناجم من قصور الكظر . وذكر بعضهم فعلها الحسني في الانفصاج (obésité) الناشئ من اختلال الغدد .

العلل الجلدية

تشفى العلل الجلدية الطفيلية كداء النخالة الخضراء (pityriasis versicolor)

وداء الفطر (micosis) بسرعة ولا سيما اذا اشرك الايود معها وكذلك القول في داء الصدف والصلع (alopécie) فانهما يشفيان ايضاً بالاشعة فينبت الشعر .
وعدا هذه العلل الجلدية فان الاشعة فوق البنفسجي تؤثر في جروح العمليات والنواسير المختلفة فتندمل بسرعة .

الامراض الاتانية والنفق

تستعمل الاشعة في الحالات الدرنية المزمنة فقد عولج التهاب الخلب الدرني وشفي بها بسرعة وكذلك انتباج العقد البلغمية الدرني المنشأ يتحول بتأثير الاشعة . فالعقد البلغمية غير المتقيحة تشفى بعد ١٠ - ١٥ جلسة وتندمل النواسير وتسد في المدة نفسها على ان تكسيه لم يحصل على هذه النتائج في الغدد المتقيحة بل شاهد التحسن في الغدد المتصلبة فقط واستعملت الاشعة ايضاً في تدرن العظام وفي انتفاخ العظم (spina-ventosa) فكانت تشفى بعد عشرين او ثلاثين جلسة .

واستعملت الاشعة ايضاً في التراث الزهري المصحوب بنقص النمو وتسرع الاشعة زمن النقع في الامراض الحادة وتؤثر في انتباج الغدد البلغمية العادي (العنقي او المنصفي) وبقايا الجنابات .



حادثة غشي في أثناء التخدير عولجتا بـجـثـن

القلب بالكـظـرين « ادرنالين » وانتهت بالشفاء

للحكيم مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية

كنا ارسلنا منذ بضعة اشهر هاتين الحادثتين الى جمعية الجراحة في باريس وقد شاء الموسيو توبه ان يتكرم بتقديمها اليها في الجلسة التي عقدت في ٤ تموز سنة ١٩٢٨ وارتأت الجمعية نشرها في الجزء الرابع والعشرين من مجلتها مع مشاهدة للحكيم بانزه من باريس واتنا نكتفي بنشر مشاهدتين وما قاله الموسيو توبه بعد قراءة المشاهدات الثلاث :

المشاهدة الاولى :

ر ١٠ - عمره عشرون سنة دخل سريريّات الجراحة في معهدنا الطبي بدمشق في ٢٨ اذار سنة ١٩٢٦ لاجراء عملية فتق اربي ايسر ، ليس في سوابقه ما يستحق الذكر ، صحته جيدة ، وبوله خال من العناصر المرضية .

العملية : اجرينا العملية في ٢٩ اذار سنة ١٩٢٦ ، خدر بالايثير وبجهاز امبردان فلم نكد نشق الجلد حتى شعرنا بان التنفس قد انقطع والوجه قد ازرق والحدقتين قد توسعتا والنفض الكعبري قد زال . فامرنا الى اجراء التنفس الصناعي وجردنا اللسان جرّاً منتظماً وحقنا تحت الجلد بالبئين (كافئين) فلم يعد التنفس الى الظهور ولم تسمع بالاصفاء دقات القلب وكانت قد مرت دقيقتان فحقنا حينئذ القلب بـ١٠ غرام كـظـرين (ادرنالين) في الوريد الـرئيسـم الـايسـر

ببلاسة القص وذلك بآبرة بزل قطني دقيقة غرزناها في القلب وحدها دون ان تكون عالقة بالحقنة فلم تتحرك الآبرة ثم طبقنا الحقنة على الآبرة ودفعنا سم^٢ واحداً من الكظرين فشعرت في الحال بد رئيس سريريأتنا الحكيم نظمي القباني الذي كان ماسكاً الآبرة بانامله بنضبات غنيقة واكملنا التنفس الصناعي فشق المريض بعد بضع ثوان وظل التنفس متقطعاً غير منتظم ثلاث دقائق وبدأ الازرقاق بالحفا ولم يمر خمس دقائق على الحقنة حتى انتظم التنفس وعاد النبض قوياً كما في الحالة الطبيعية . فاكملنا العملية الجراحية دون ان يطرأ حادث جديد وقد اندمل الجرح بالمقصد الاول وترك الجريح المستشفى في ٩ نيسان ١٩٢٦ دون ان يدو شي في قلبه .

.....

المشاهدة الثانية : ج . ر . ر . عمره ١٢ سنة دخل سريريأت مع مدنا الطبي

المجراحية لذات العظم والقي في الفك السفلي .

١ - العملية : اجريتها في ٣ كانون الثاني سنة ١٩٢٧ ، خدر المريض بالكلوروفورم بالرقادة فبعد ان كشفنا العظم وبدأنا برفع السمحاق عن الشعبة الاقمية وقفف التنفس وشحب لون المريض وزال النبض السباتي ولم نسمع بالاصغاء دقائق القلب ، فاجريتا له التنفس الصناعي ، جبرنا لسانه جراً منتظماً ، حقنا تحت جلده بالبئين فكان عملاً بلا جدوى .

وكانت قد مرّت ثلاث دقائق على الغشي حينما حقنا قلبه بسم^٣ من مخلول الكظرين الالفي فاعفنا آبرة تحذير موضعي طويلة وغرزناها في القلب مارين بالوزب الرابع الأيمن ببلاسة القص فظلت الآبرة بجانبه ولم تلبث حتى انقلبت

من الدم ولم يكبد / رئيس سريره ياتنا الحكيم نطعم القبانى يدخل الدواء ايجي قبل ان يخرج الابرة حتى تقطص القلب تقلصات عنيفة مشوشة وظل دقيقتين الى ثلاث دقات في حالة جنون تقطص تقلصات بالغة تنتهى الشدة تدفع جدار الصدر دفعا عنيقا ثم عا د الى الهدوء فبدأت التقلصات بالحقة والانتظام وقبض شوي للولادة بعدها الحقة يضع ثوان فتؤثر على التنفس الصناعي الى ان انتظم التنفس وتورد الوجه وعاد كل شيء الى محوره الطبيعي فأجلنا العملية بعد هذه الطارئة الى بضعة ايام ثم اجرناها بدون حادث جديد . وكانت توالي العملية بسيطة ولم يظهر شيء في القلب .

ان هذه المشاهدات ^(١) « يقول الموسو توبه مخاطبا اعضاء جمعية الجراحة في باريس » تثبت القضية التي دافعت عنها طويلا امامكم . ان جثث القلب بالكظريين هو في وقتنا الحاضر خير سلاح ندرأ به غشي القلب التخديري . فيجب والحالة هذه ان نعد المعدات في قاعة العمليات لاجراء هذا الحقن وان تكون جميعها جاهزة . و يترتب علينا ان نستعمل ايضا الكظريين سيفي العسلي المتأخر الذي يقع في سياق التخدير .

استعمل موسو بانزه التخدير القطبي (٥ سم من الستوفين) ولكن المشي تاما وقد خيل اليه كما اوردا لنا في مشاهدته ان مزيجته ماتت فطجرت لانها التنفس الصناعي ربما تكون المعدات اللازمة للحقن بالكظريين فينبذ بهجرت غير ان الوقت كان يمر وعدة دقائق انقضت قبل ان يحقق القلب واخيرا حقا

بستمر مكعب من الكظرين ثم يستمر مكعب اخر فعاد القلب الى الحركة غير انه لم يثابر على اجراء التنفس الصناعي مع ان المثابرة عليه واجبة في بعض الأنحيان ساعة كاملة ريثما يكون التنفس قد عاد الى انتظامه ، لان المراكز العصبية كانت قد بقيت مدة طويلة خالية من الدم . ولهذا لم تفق مريضته بل ظلت في حالة السبات وماتت بعد ٤٨ ساعة . ولعلها كانت شفيت لو كانت المعدات جاهزة لديه من قبل ، انني اثق ان هذه الحادثة ستكون له خير امثلة في المستقبل . ان ما وقع به موسيو بانزه وقع به غيره من الجراحين فلا يجب ان تنتظر حتى تكون الخلية العصبية قد أصيبت اصابة لا تشفى .

اما الحكيم مرشد خاطر فقد اجرى حقن الكظرين في الوقت المناسب فخلص مريضه من الموت لان الحقنة أجريت في المريض الاول بعد دقيقتين وفي الثاني بعد ثلاث دقائق .

ارى ايها السادة ان العودة الى الكلام عن معالجة الغشي التخديري بالكظرين فضولية بعد ان ايدها المشاهدات العديدة وليس لدي الآن مشاهدات خاصة اوردها غير هذه المشاهدات الثلاث التي تكرم بها علينا الحكيمان بانزه ومرشد خاطر وانني واثق انها تشجعكم على المهرع الى الكظرين متى قضت الحاجة غير انني اذكركم بوجوب الاسراع لئلا تفوت الفرصة المناسبة فلتكن المعدات جاهزة لديكم في غرفة العمليات فتحيون بها مرضاكم متى اصابهم غشي تخديري وانني اقترح عليكم ان تشكروا زميلينا وتشيروا مشاهدتهما في مجلتنا .



كسور الفكين ونتائجها البعيدة

للحكيم جينستاي استاذ في شعبة طب الاسنان

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

نشرنا في هذه المجلة الزاهرة (الاجزاء ٢ و ٣ و ٤ من السنة ١٩٢٨) ٢٤
حادثة عن كسور الفكين بمرامٍ نارية جمعناها في سورية سنة ١٩٢٦ وقد
بيننا فيها ضرورة الاقتصاد في العمليات الجراحية والاحتفاظ بكسارات العظم
وأظهرنا أخطار العمليات المبتسرة ثم رأينا بعد نشر هذه المشاهدات الكثيرين
من جرحانا وقد عادوا الى كتابهم العسكرية ولا سيما جريحي المشاهدتين
الثالثة والرابعة فاعدنا فحوصهما ورسمناهما بالاشعة :

اما الرابع الذي كان قد أصيب في نيسان سنة ١٩٢٦ بكسر شديد في
الرأد (الشعبة الصاعدة) الايمن للفك السفلي فلم يبدُ في فكه اثر للكسر حتى
ان العظم الذي كانت قد اصاعته اللوحة الظاهرة لم يعد ظاهراً في الرسم الذي
صور في ١٧ ايار سنة ١٩٢٧ وقد عادت حركات الفم (الاعلاق والفتح) الى
اتساعها الطبيعي .

واما الثالث فقد كنا طعمنا فكه بطعم عظمي سمحاق في فمنا الطعم ثمراً حسناً وقد
عابناه ورسمناه في ٢٠ ايار سنة ١٩٢٧ بعد مرور (١٥) شهراً على جرحه فلم نر اقل
تشوش في خلقه (فسيولوجية) فكه بل كانت حركاته طبيعية (الفتح والاعلاق)
وكان يعيض عن نصف قوسه الايمن السفلي جسر من ذهب . وقد ظهر لنا من
الرسم ان العظم قد نما نمواً كبيراً حذاء الطعم وان نسيج العظم الجديد كثيف صلب

ان هذه النتائج البعيدة في هذين الجرحين وغيرهما تثبت اثباتاً لا يقبل الرد ما قلناه في مقالتنا السابقة وتؤيد رأينا الذي اوضحناه في صدر هذه المقالة .
ثم يقضى لنا ان نرى مشاهدتين اخريين من الكسور بمرام نارية بعد المشاهدات الاربع والعشرين التي اعلناها وهما تثبتان ما نحن بصددده :

المشاهدة ٢٥ : فتج الله درزي عمره ٢٧ سنة

جرح في ٢٩ اذار سنة ١٩٢٧ يرم ناري اطلقت عليه احد ابناء عمه عن قرب ثم نقل الى مستشفى ازرع ومنه الى دمشق بالطيارة فوصل المستشفى العسكري في ٣٦ اذار وعوين في اليوم نفسه .

التشخيص : جرح نافذ في الوجه يرم فوهة دخوله وحشي الصوار الايمن بستمترين وفوهة خروجه في الناحية السبائية اليمنى خلف زاوية الفك . المنطقة جميعها متبججة توجه الانظار الى ورم دموي غزير . وقد وسع طبيب ازرع فوهة الخروج وحفض الجرح ، انطبق الاسنان محتسل لان القوسين منفرجتان في اليمين والفك السفلي مندفع الى الاسفل والخلف واليسين ، كدمة مصبغ الخلد في الناحية المؤوفة وتصل حتى الجفن السفلي

رسمت الناحية في اول نيسان فأبدت كسراً مشطى وتفتتاً في الزاوية التي ظهرت فيها ثلاث شظايا كبيرة وعدد لا يعد من الشظايا الصغيرة منذ الجرح الثالثة التي نفلى حتى القسم المتوسط من الرأ

ر : المعالجة : ٣١ اذار جرح الفك كان احدهما بالآخر بعد ان قوم الاطباء بكنة الزحني الاول اليسرى السفلى ضالمة وهذا ما اعتاناه عن استئراج سنن والفك السفلي والتعديت .

٤ نيسان - وضعت ميزابا فضة مصبوبة وان غلق الفم وثو بر على التغذية وتنظيف الفم كما هي العادة : غسل بمحلول دكان الممدد ، طلي اللثا بزرقه المثلين ، حليب ، مرق ، بيض في ، مسحوق فاريه

٣٤ نيسان - فتح الفم فاستدللنا ان الفكين غير منقبضين : وانه لا ألم فيهما ولا تشوه وان الاطباق طبيعي . فأعيد التثبيت ثانية
٩ ايار - فتح الفم فتحاً نهائياً وروقت التغذية
١٥ ايار - عاد الجريح الى كنيته .

المشاهدة السادسة والعشرون - حمدي عمره ٤٥ سنة سوري جرح في ٢٧ ايار سنة ١٩٢٧ بمرم ناري ونقل الى المستشفى الفرنسي الملكي في دمشق : فدعانا الحكيم يوسف عرقتنجي مدير الصحة في سورية وجراح المستشفى الفرنسي الى معاينته في ٣١ ايار

التشخيص : اطلق المرمي من الامفل الى الاعلى لان الجريح كان قريباً من نافذة في الطبقة الاولى من البناء والشقي في بستان قريب .
فوهة الدخول مدورة كأنها مقطوعة بالجوب (emporte-pièce) واقعة في الناحية السباتية اليسرى عند القسم المتوسط من العضلة القصية الترقوية وفوهة الخروج على حافة جذر الانف اليمنى يعادل قطرها ستمتراً ونصف الستمتر، الوجه مشوه لان نصفه الايسر منتج اتباجاً كبيراً ، اللاب ينصب من قم الجزلج المنفتح مع مواد مخاطية مدممة ، الكلام مستصعب جداً . وجلس المريض في سريره لا فندوحة عنه لان النوم متعذر عليه .

وقد تبين من المعاينة ان المرمي احدث :

١ - كسراً في الفك السفلي عند ناحية الزاوية اليسرى لان هذه النقطة كانت تتحرك تحركاً غير طبيعي ، كسراً في الرحوين الثانية والثالثة اليسراوين السفليتين ، ضياعاً كبيراً في الاقسام الرخوة وحشي اللوزة اليسرى التي اصبحت غندبتها (pilier) الامامية .

٣ - كسراً عند وصل الفك ما بين الثنية اليمنى والثنية اليسرى وهبوط الثنية اليسرى ثلاثة ملمترات عن اليمنى ، قطعنا العظم متداخلتان غير متحركتين .
٣ - انفكك الفك العلوي الايسر وتحركه عن مقره نحو القاعدة زهاء سنتيمتر وانهار الحنك امام اللهاة .

٤ - انكسار عظام الانف التي قذف المرمي اجزاءها الواقعة في اليمين وتفلطح جذر الانف بسبب الانساج .

النتيجة : فك الجريح السفلي متبدل عن مقره الى الاسفل واليسار والخلف وفكه العلوي الايسر متبدل الى الاسفل والوحشي وهو في حالة سيئة حتى ان الجراح كان يخشى عليه من الموت . ولم يكن في المستشفى الفرنسي الملكي اشعة رونتجن ولم يكن نقل المريض مستطاعاً لسوء حالته ولهذا ارجأنا تصوير فكه الى ما بعد .

المعالجة : وضعنا منذ البدء خيوطاً مطاطة لنعيد القطع الى مقرها . كان الفم يغسل مرات عديدة في اليوم بمحلول دكان الممدد . وكان يغذى المريض بالمرق والحليب اللذين كان يصعب عليه بلعهما .

١ حزيران - : اخذ انطباع القسم العلوي وصبت مزاية فضة في

٣ حز يران : وضعت الميزابة في مكانها وقد بدأنا بالفك العلوي المتحرك الذي اعدناه الى مكانه . فعاد الفك الى التلاصق بعد ان كانا متباعدين واستخدم الفك الايمن بعد وضع الميزابة عليه كنقطة استناد للفك الايسر

٤ حز يران : استخرجت الثنية اليمنى السفلى واخذ الانطباع في الاسفل بالجلس وصبت ميزابان لنصفي القوسين السفليين

٥ حز يران — وضعت الميزابان في مكانهما اليسرى اولاً وبدى برفع القطعة الساقطة لتصبح بمحاذاة رفيقتها وذلك بشد لولب الميزابة . وكنا نوقف الرفع كلما شعر الجريح بألم وقد ساعدنا خيوط المطاط والميزابة بوضع رباط مطاط مار تحت الذقن .

وقد كان افضل ما يصنع ان يثبت الفك السفلي في وضع حسن على الفك العلوي غير ان هذا الامر كان مستحيلاً نظراً الى كبر جروج الفم التي كانت تفرز افرازات غزيرة لا بد من انضبابها . وكنا نحرك كل يوم القطعة الهابطة وندفعها بلولب الميزابة الى العالي حتى تصبح بمحاذاة رفيقتها .

١٧ حز يران — رسمنا المريض فظهر لنا :

١ — كسر كبير مع ضياع مادة عند زاوية الفك السفلي اليسرى والقسم السفلي من الرأ الذي كان متبدلاً الى الانسي .

٢ — خط كسر اقني طويل مار من الزاوية اليسرى حتى الثقب الذنبية اليمنى وخط آخر عامود عليه ممتد من الحافة السنخية عند الوصل حتى حافة الفك السفلي .

٣ — خط كسر عمودي ممتد على طول الرأ الايمن بدون تبدل .

٤ - في الفك العلوي الايسر خطأ كسر افقيان ومتحاذيان احدهما علوي ذاهب من الحذبة الوجنية حتى الحفرتين الانفيتين والاخر تحته يستمر ونصف المستمر واقع فوق خط الاسناخ وهذا الخط الاخير اكثر وضوحاً .

٥ - كسر ناقص اقبي في الفك العلوي الايمن يظهر انه ثالٍ لكسر الفك الايسر . وقد اظهر الرسم من التخريرات اكثر مما كنا نظن غير ان المعالجة بقيت هي لان التطهير والتثبيت اسأها

١٨ حزيران - اننا بفضل لولب الميزابة الذي كنا نشده يوماً بعد يوم أصبحت أسنان الفك السفلي على حذاء واحد فلم يعد علينا سوى التثبيت وانتظار الاندمال .

وكانا نضمّد ثقبتي الدخول والخروج كل هذه المدة حتى بدأنا بالاندمال وكان التعفن خفيفاً لان الجراح كان يملأ الاجواف بالزيت الغومولي .
٢٨ حزيران - سافرنا الى فرنسة وزودنا القائمين بأمر الجريخ بالتعليمات اللازمة وقد افهمنا المريض بان المفصل الكاذب ممكن الحدوث حذاء زاوية فكه اليسرى نظراً الى ضياع العظم الكبير ونقص التثبيت الذي لم يكن الجريخ يرضى بمجعله اشد من ذلك .

١٥ آب - نزع متولي امر الجريخ الميزابة العليا

لدينا آب - نزع الميزابة السفلى

٢٨ تشرين الاول - عدنا فرائنا الجريخ في حالة حسنة ، كانت جروحها قد التأمّت وفكاه قد اندملا وفوهة فمه طبيعية والانطباق يكاد يكون طبيعياً ولم يبق سوى انخفاض الحذاء بخدمة تحت الزاوية اليسرى وثقب في الخنك فزعنا

شظايا صغيرة من وراء الرحي الاولى السفلى ومن الحنك وكان ثقب الحنك يضطر المريض الى حني رأسه الى الوراء حين بلغ السوائل لثلاث تمر الى الحفرتين الانفييتين ولا تزال حتى الان كما هي غير ان اجراء عملية لسدهذه الثقة واجب في المستقبل .

ان هاتين المشاهدين اللتين جئنا على ذكرهما هما ختام المشاهدات عن كسور الفك بمرام نارية . وقد شاهدنا كسرين معرضين في الفك السفلي خطرين احدهما ناجم من سقوط عن الحصان والاخر من تهور سيارة فعالجناهما طبقاً للقواعد التي سرنا عليها في معالجة الكسور النارية .

المشاهدة السابعة والعشرون : قدور محمد عمره ٣٥ سنة سقط من على حصانه في ٢٢ آب سنة ١٩٢٦ ونقل الى المستشفى في ٢٧ منه . تبين من معاينته انه مصاب بجرح رضي خطي عند جذر الانف وان شفتيه العليا والسفلى مشقوقتان وان ذقنه مصاب بجرح رضي معترض وان فكه السفلي مكسور عند منتصفه وقطعتا الكسر منفصلتان احدهما عن الاخرى زهاء سنتيمتر ومتحركتان وان الثيتيتين اليمنى واليسرى السفليتين مكسورتان

وقد تبين من الرسم ان في الوصل كسراً مشطياً .

المعالجة : خيطة جروح وجهه بعد تنضيرها حين دخوله للمستشفى وربط نصف فكه بخيط شبه بالاسنان وثو بر على غسل فمه وتعذيته بالسوائل كما هي العادة

١ ايلول - استخرجت الثيتيات اليمنى واليسرى

٢ ايلول - اخذ الانطباع وصبت ميزابا فضة

٣ ايلول - وضعت الميزابتان في مكانهما

١٥ ايلول - ظهر خراج صغير في الذقن متصل بالفم فشققناه وحققنا الجرح

في الايام التالية بمحلول دكان فكان يخرج من الفم ويغسل الجرح

٨ تشرين الاول - ظهر خراج تحت الفك الايسر فشق وحقق مجرى

الجرح بمحلول مانسيار فكانت فائدته كبيرة .

١٥ تشرين الاول - شق خراج صغير فوق الذقن

١٥ تشرين الثاني - لم يبق سوى ناسور تحت الذقن مستعص على المعالجة

١٢ تشرين الثاني - خدرت الناحية تخديراً موضعياً وشق تحت الذقن

واستخرجت شظية كبيرة كالحصاة وجرفت بورة التهاب العظم .

١ كانون الاول - نزع الميزابة فكان الاندمال تاماً

١٢ كانون الاول - ترك المريض المستشفى .

المشاهدة الثامنة والعشرون : احمد بن عبده بدوي عمره ٦٥ سنة فاجأته سيارة

فرمته على الارض دخل مستشفى المعهد الطبي بدمشق في ٢٣ اذار سنة ١٩٢٧

وجيء به الى شعبة طب الاسنان في ٢٧ اذار

التشخيص : تبين من معاينته ان في فكه السفلي كسرين الاول عند

الزاوية اليمنى والثاني عند الوصل بين الرباعية والناحيتين السفليتين .

وكان هذان الكسيران متصلين بالغشاء المخاطي المنجرح والقطعة المعترضة بين

الكسرين متحركة تحركاً شديداً وهابطة .

وكان الرأد (الشعبة الصاعدة) الذي كانت الرحى الثالثة فيه متبدلاً بعض

التبدل الى الوحشي والعالي .

وكان التقيح غزيراً وتناً للغاية

المعالجة : تبين من الرسم ان الكسر الخلفي واقع امام الزاوية وان خط الكسر كائن عند الناجذة

٢٧ اذار — غسل الفم غسلاً غزيراً وربطت القطعة المعترضة باقسام العظم الاساسية .

٢٩ اذار — ربط الفك ان احدها بالآخر بعد رد الكسر الواقع امام الزاوية باليد . وكان التقيح لا يزال غزيراً فثوبر على غسل الفم والتغذية كما هي العادة ١٢ نيسان — نصب التقيح او كاد ولم يرض الجرح بالخضوع لما كنا نأمره به ظاناً انه قد شفي لانه لم يعد يتألم فكسر الربط التي وضعناها

١٨ نيسان — قطع الحيوط مرة ثانية ولم يعد يرضى بابقاء الميزابة في فيه وترك المستشفى

وكان الاندمال قد بدأ بالتكون وكنا نرقب نتيجة حسنة لو لم يفاجئنا المريض بمثل هذا التصرف .

ان هذه المشاهدات الاربع نضيفها الان الى المشاهدات الاربع والعشرين التي ادرجناها سابقاً وقد بينا فيها مضي القواعد التي يجب اتباعها في معالجة هذه الكسور ونكرر الان ما قلناه وهو امر ينطبق على اراء معظم اطباء الفم « يجب ان تتحاشى العمليات الباكرة في كسور الفكين المعترضة وان نفكر منذ البدء في النتيجة الخلقية نغني بها وظيفة العضو » فكل ما لا قبل له على

الحياة تقذف به العضوية عفواً او نستخرجه بعملية جراحية بسيطة متأخرة لا يخشى منها احداث تخريبات كبيرة تصعب ملاحظاتها .

وقبل ان ننهي مقالتنا هذه نذكر مشاهدة اخرى مفيدة لان الكسر لم يشخص بها ولان آفة جديدة قد طرأت في اثناء سير الجرح

المشاهدة التاسعة والعشرون : اميل عمره ٢١ سنة ارسل الينا بعد ان نام يومين في مستشفى كتيبته الصغير وقد شخص مرضه « عوارض نبت الناجذة »
التشخيص : تبين من معاينته ان في ناحية الزاوية اليمنى للفك السفلي ابتجاجاً وان الناجذة التي نسبت اليها الاعراض محاطة بغشاء مخاطي مائت مكدم متوذم وان في الدهليز ورماً دمويًا صغيراً .

وقد اخبرنا المريض وهو من كتيبة السيارات انه بينما كان يرمم مطاط السيارة لطمه حديد الدولاب لطمة شديدة على فكه . وان المضغ اصبح مؤلماً بعد هذه اللطمة فشككنا في الكسر مع ان الانطباق كان طبيعياً ولم يكن في الفك تحرك غير طبيعي .

وقد اثبت الرسم التشخيص وظهر خط الكسر وراء الناجذة وقد كانت النتيجة حسنة جداً لو لم تعثر المريض في ١٦ شباط حتى درجتها ٤٠ ويعسر عليه البلع . ففتحنا الفم وتحققنا ان في البلعوم التهاباً شديداً ذا اغشية كاذبة . وقد نفى المخبر عصيات لفلر في تلك الاغشية فأجبرتنا هذه الحالة على ترك الفم مفتوحاً لنتمكن من معالجة التهاب البلعوم . وبما ان قطعتي الكسر كانتا متداخلتين لم يطرأ ما يعوق اندمالهما .

هذه المشاهدة كبيرة الدلالة لان الكسر لم يشخص فيها وليس

السبب سوى المعاينة السطحية ولأن حدوث الجرح في الفم لا يخلو من الغرابة في مثل هذه الظروف اما التهاب البلعوم فقد فاجأنا لاننا لم نشاهده قبلاً ولم يذكره احد قبلنا .

وسببه على ما نرى اغلاق الفم الذي مكن الجراثيم من ان تنمو وهي في مأمن من فعل مضادات الفساد . وهذه العرقلة تزعج سير المعالجة ولا سيما متى كان الكسر خطراً لانها تضطر الطبيب الي تحريك الكسر بضعة ايام متوالية ريثما يزول الالتهاب



جراحة المعدة

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان الادواء التي تدعوننا في اكثر الاحيان الى التوسط الجراحي هي: قرحة الاثني عشري ، قروح المعدة الواقعة في الانحناء الصغير والبواب ، سرطان المعدة . ونقسم هذه العمليات الى :

عمليات ملطفة وهي مفاغرة المعدة والمعي (gastro-entérostomie) او شافية وهي قطع المعدة (gastrectomie) . اما جزع المعدة (gastrostomie) الذي يدعى الجراح الى اجرائه متى كان البلعوم ضيقاً يمنع الاغذية عن الوصول الى المعدة فاضرب صفحاً عنه واهمل ايضاً الكلام عن تصنيع المعدة (gastroplastie) لانهما من العمليات النادرة

ويجب ان تراعى قاعدتان في هذه العمليات مهما كان نوعها وهما القاعدتان المرعيتان في سائر العمليات المجرأة على انبوب الهضم

- ١ - ان يكون الجراح واثقاً من النجاح فلا يبيت مريضه
- ٢ - ان يكون موقناً من حسن النتيجة يعني بذلك من عودة انبوب الهضم الى وظيفته .

١ - نجاح العملية : ان جراحة الانبوب الهضمي جراحة اساسها التيقظ يتوقف نجاحها على الاعتنائات الدقيقة التي لا بد من مراداتها .

يقوم النجاح باثقان العمل الجراحي غير انه ذو علاقة وثيقة ايضاً

بالاعتناءآت التي تسبق العملية وتليها وبتهيئة المريض . اما اتقان العمل الجراحي فأساسه ان يتعاشى الجراح كل ما من شأنه ان يحدث ذات الخلب (péritonite) فيترتب عليه والحالة هذه ألا يدغ محتوى الانبوب المضى ينصب على الخلب لان هذا المحتوى عفن وعليه ان يخرج الاحشاء التي يجري عملياته عليها خارج البطن ما أمكنه لكي لا يعمل عمله في جوف البطن وان يسند الاحشاء الى وسادة من الرفادات يقي بها الخلب من التلوث وعليه ان يرجى فتح الاجواف العفنة الى النهاية مثال ذلك اذا رغب في قطع المعدة فعليه ان يربط الشرايين ويقطع الثرب أولاً وبعبارة اخرى ان يجري كل ما يستطيع اجراؤه من العملية قبل فتح المعدة وقطعها ويستعمل بعض الجراحين الرهص (écrasement) قبل قطع المعدة ويفضل بعضهم الاستنشاق (aspiration) . وعلى الجراح ان يخطط الجوف الذي شقه خياطة متقنة وان يقطع النزف منعاً للسوائل والغازات عن الخروج مهما اشتد ضغطها في ذلك الجوف ومحاشاة للتعفن بعد العملية الجراحية

ويجب ألا تكون الخيوط التي غرزت في الغشاء المخاطي المفعم بالجراثيم ومرت الى سطح ظاهر سبباً في نقل هذه الجراثيم وتسربها في ذلك السطح فعلى الجراح اذن بعد ان يكون قد خاط الطبقة الاولى العفنة الملوثة خياطة متقنة وقطع النزف وبعد ان يدل قفاز به والالات التي استعمالها في شق المعدة او الامعاء ان يخطط خياطة اخرى ليستر بها الخياطة الاولى وبقي الخلب من الارتشاحات التي قد ترشح فيه . ولا يخفى ان الخلب يتعفن بخاصة تعد اساً لجراحة البطن وهي احداث التصاقات تمنع الافة عن الانتشار اذا ما طرأ طارئ على الخياطة .

وصفوة القول ان الخياطة التي تجرى على عضو مجوف يجب ان تكون مؤلفة من سطحين : سطح مغلق وقاطع للنزف و سطح آخر مصلي يستر السطح الاول ويجوز ان يتناول الطبقة العضلية ايضا ليعود متيناً غير انه لا يجوز ابدأ ان يثقب الغشاء المخاطي لئلا يعود سبباً للتلوث .

ويجب ان يتحاشى الجراح وهو يصنع الشلالة العامة بروز الغشاء المخاطي من خلال الفرز لان هذا الغشاء ميال الى الانفتاق . فاذا حدث هذا الامر وبرزت هذه الحويث المخاطية تحت الخياطة المصلية كانت فيها كما في جوف مغلق فاحدثت خراجات صغيرة قد ينجم منها تفكك الفرز وهناك الطامة الكبرى فاجتناباً لهذا المحذور يجب منذ البدء إطباق الطبقة المصلية على المصلية ويتم ذلك بفرز الابر على الطرز الآتي :

أ - الغشاء المخاطي فالعضلية فالمصلية في شفة الشق الاولى

ب - المصلية فالعضلية فالغشاء المخاطي في الشفة الثانية . وذلك مستطاع بطرق عديدة غير انني استعمل غرزة كوناى (Connel) او طريقة توبه (Toupet) . فعود الشلالة المصلية المصلية بعدئذ سهلاً لاجراء فوق هذه الشلالة العامة التي اطبقت المصلية اطباقاً حسناً . وعلى الجراح ان يتنبه الانتباه الشديد الى الزوايا التي يترتب عليه ان يمحوها . واذا قضت حالة الجريح بالسرعة فوضم الجراح زراً (bouton) او اذا فاغر مفاغرة جانبية في بعض حالات الفتق المحتق يجب ان تشل جميع الطبقات .

٢ - نجاح المعالجة : انتخاب الطريقة الجراحية خاضع لقيام المعدة المبضوعة بوظيفتها المقبلة ولا يستطيع الجزم في انتخاب هذه الطرق حتى في المستشفيات .

الخاصة بجراحة الانبوب الهضمي كما في مستشفى بطرس دوفال الا بعد سنوات عديدة تراقب في اثنائها المعدة والامعاء التي أُجريت عليها العمليات مرات متتابعة بالاشعة المجهرولة

مفاعة المعدة والامعاء (gastro-entérostomie) قوامها ايجاد فوهة بين المعدة وعروة من الامعاء الدقيقة والعروة المختارة هي في الغالب العروة الاولى من الصائم (jéjunum) فالعملية هي والحالة هذه مفاعة المعدة والصائم (gastro-jéjunostomie)

واستطببات هذه العملية عديدة : جميع حالات الضيق التي تمنع المعدة عن الانفراغ انفراغا حسنا . وهي اما ان تكون ملطقة كما في السرطان او شافية كما في قرحة الاثني عشري . وقد تكون الزمن الاول لقطع المعدة المقبل . وهي امامية او خلفية فهي امامية اذا فتحت الفوهة في وجه المعدة الامامي وخلفية اذا فتحت في وجهها الخلفي .

امامية : قوامها جرّ عروة الى امام الكولون المعترض وخطاؤها بالمعدة وهذه العملية سيئة النتيجة لا يلجأ اليها الا متى كان اجراء العملية الخلفية متعذراً مثال ذلك متى كان جوف الثروب الخلفي مسدوداً بورم وكان السرطان قد التهم وجه المعدة الخلفي وثبته فلم يعد تحريكه ممكناً وبما انه لا يستطيع ان تستخدم عروة قصيرة يجب ان تفاغر عروة الصائم النازلة بالعروة الصاعدة بعيداً عن الفوهة المعدية المصطنعة حديثاً وان يوضع زر في تلك العروة منعاً لعودة محتويات الامعاء الى المعدة .

خلفية : تفتح فوهة على وجه المعدة الخلفي وتختاط بعروة الصائم . خلال

ثقب يصنع في رباط الكولون وهي العملية الفضلى . اما الفوهة المحدثه في المده فيجب ان تكون قريه من البواب ما امكن وان يكون النسيج المحدثه فيه سليماً (ويفضل دوفال الا تكون كثيره القرب من البواب لان البقعه المجاوره له تكون ملتهبه فتجرى العمليه في غشاء مخاطي ملتهب ويصبح تكون القرحة الهضمية (peptique) ممكناً فيها فضلاً عن ان قربها من البواب يمنعها من ان تكون في النقطة الاكثر انخفاضاً) وان تكون قريه ما امكن من الانحناء الكبير في النقطة الاكثر انخفاضاً وعند الاوعيه التي تنزف .

ويجب ان تكون الفوهة المحدثه في الامعاء قريه ما امكن من الزاوية الاثني عشرية الصائمية لان هذه العروة قصيرة غير مزوأة وهذه هي الواسطة الوحيدة لمحاشاة العوارض الالية . اما وضع العروة العمودية او الافقية حسب اتجاه الحركات الحولية او مضادة لها فمختلف فيه ولكل من الطريقتين حماة وهذا دليل على ان الامر لا اهمية له وان جعل العروة في الوضعة التي تبرز بها امام الجراح جائز . وطريقة اجراء العملية نوعان فاما ان تجر المعدة نحو المعى او ان يجز المعى نحو المعدة من خلال الثقب المحدث في رباط الكولون اما الطرز الاخير فيمكن الجراح من روية وجه المعدة الخلفي جميعه ومن اجراء عملياته خارج البطن ومن ترك الكولون المعارض في البطن في سياق العملية ويكون الجراح قد فتح جيب الثروب الخلفي بشق الرباط المعدي الكولوني او باقتلاع الثرب او بتعرية الانحناء الكبير ويجب في النهاية ان تثبت الماساريقا بالمعدة ومحاشاة لانفتاق الامعاء الدقيقة في جوف الثروب الخلفي الامر الذي يجعل الفوهة في الطبقة الواقعة تحت رباط الكولون ولا يخفى ان جوف البطن اشد دفاعاً من جوف الثروب الخلفي .

العراقل : كان يظن قبلا ان الامر يقوم باحداث فوهة واتقان صنعها وان هذا كاف لقيام الفوهة بوظيفتها مع ان هذا خطأ . فاذا لم تكن الفوهة في الفار (antre) لم نقيم بوظيفتها واما اذا كانت فيه فانها تقوم بها ولو كان البواب حرّاً (اختبار موتيفه وهرتمان على الكلاب) فاذا كان الامر كذلك لم يكن في محو البواب الذي يشير به البعض اقل فائدة وعدا ذلك فان البواب اذا لم يقطع قطعاً كاملاً وتخطأ شفتا القطع لا يفقد وظيفته لان خياطته بالخيوط فقط دون قطعه لا معنى لها . فالخيوط تقع بعد شهرين او ثلاثة اشهر في جوف المعدة و يعود البواب حرّاً كما كان قبل الخياطة . فضلا عن ان الخياطة تسبب التهابا في البصلة والاثنى عشري وركوداً فيه ولا تخلو هذه الالتهابات من الضرر

ولكن هل انفلاق الفوهة المحدثه انفلاقاً طوعياً ممكن؟ رويت بعض مشاهدات من هذا النوع كانت القروح الصغيرة المضمينية سببا فيها وتشاهد هذه الحالات بعد استعمال الزر .

القرحة المضمينية : هي احدى العراقل التي لم يجمع الرأي حتى الان على امر اضها (pathogénie) فقد نسبوها مدة طويلة الى الخيوط التي لا تتحلل ومنعوا استعمال الخيوط التي لا تحملها العضوية غير انهم شاهدوا هذه القروح بعد استعمال الخيوط المنحلة . ويعزو الالمان هذه القروح الى الحامض الكلور يدريك فاذا صح زعمهم كان الاقلاع عن اجراء المفاغرة المعديّة المعوية واجبا واذا رغبتا في ان ننحو ساحة الافراز من المعدة كان علينا ان نقطع منها زهاء ثلاثة اقسامها مع ان هذا مبالغ فيه وحققة الامر ان افراز الحامض الكلور يدريك لا يعرف مقره الحقيقي والمرجح ان سبب هذه القروح المضمينية هو التعفن فيجب والحالة هذه ان تعلق اهنية كبيرة على

الاعتناء السابق للعملية .

ومن العراقيل دوران الفاظط الراجع الذي لا يزال نراه حتى في السنة ١٩٢٧ مع ان الجراحين يتقنون اليوم كل الاتقان مفاغرات المعدة . ولا يجب ان ننسبه الى خطأ العمل الجراحي بل الى اجراء العمليات على قروح عفنة وفي منطقة قد تفتنت مجاريها البلغمية فالدوران الراجع يعد في هذه الحالة عرضاً دالاً على تفاعل الخلب ناجماً من التصاقات لينة في بدئها غير انها لا تلبث ان تنقلب لجنماً صلبة وما هي الا التهاب ما حول الاثني عشري . ويشفى هذا العرض الدال على تفاعل الاثني عشري والذي يتووع زمن ظهوره بمفاغرة الاثني عشري والصائم (duodéno - jéjunostomie) فيجب والحالة هذه الا تمد يد الجراح الى المريض قبل ان يتأكد انه خالٍ من التعفن فعليه ان يفصل المعدة بالمحاليل اليودية (دي غرغوار) وان يستعمل اللقاح (لامبر ولاردينوا) في كل مريض معدٍ لهذه العملية الجراحية .

ولا تزال الوفيات على الرغم من كل هذا بين ١٠ - ١١ ٪ / . وسببها الاكبر العراقيل الرئوية .

قطع المعدة : (gastrectomie) انواعه عديدة :

١ - قطع المعدة القسبي : يستعمل في قروح المعدة قوامه قطع زاوية من المعدة . اما الخياطة فعلى نوعين : طولاً (هرتمان) لان في بقاء الانجباء الصغير فائدة او عموداً لانه يوسع قطر المعدة

ومن قطع المعدة القسبي القطع الدائري وهو يقوم باستئصال اسطوانة من جسم المعدة وخياطة الدائرتين الممتحصلتين بعد القطع احدهما بالآخرى .

ويستعمل هذا النوع في ضيق منتصف المعدة الناجم من قرحة ندبت ولا تزال سائرة سيرها . وهو أيضاً المعالجة الفضلى في المعدة المزروجة الجيب ويهمل الجراحون امر قطع المعدة القسمي يوماً عن يوم في معالجة القرحة ويفضلون عليه مفاغرة المعدة والمعى او قطع المعدة والبواب .

غير ان لهذا القطع بعض الاستطابات فضلاً عن انه من وجهة الوظيفة حسن للغاية . لان قطع بعض اعصاب المعدة لا يؤثر اقل تأثير في حركتها مع ان هذا الامر يبدو غريباً .

ومتى عوينت المعدة بعد حين أظهر الرسم ان في المعدة فرضة وظن انها ضيق طراً على المعدة مع ان منشأ هذه الفرضة تشنج واقم حذاء الندبة ليس غير ويمر الباريت ويعود الى المعدة متى ضغطت والمعدة جميعها بدولية كما في حالتها الطبيعية ومدة انقراغها طبيعية ايضاً والمضغ حسن لا اختلال فيه . ومتى قطعت المعدة قطعاً دائرياً وفتح البطن بعد حين لسبب آخر لم يظهر اثر للضيق اما رسم المعدة الذي يدل على ضيقها فسيبه ان الندبة الناجمة من الحياطة لا تتمدد متى توسعت المعدة كما تتوسع اقسام المعدة الاخرى فتظهر ضيقة في تلك النقطة دون ان تكون في الواقع ضيقة .

ويقف التموج عند الندبة ثم يبدو في القطعة الثانية واذا اضطر الجراح الى اجراء مفاغرة المعدة بالانمء بعد حين فلا يكون السبب الداعي اليها وهن المعدة الناجم من شللها كما يزعم دلاجنيار بل السبب تشنج البواب . فاستناداً الى ما اورده من الادلة يستصوب دوفال اجراء هذه العمليات القسمية .

٢ - قطع المعدة والبواب المتسع : هو العملية المستعملة في معالجة السرطان . يجب في هذه الحالة ان يستأصل الورم والعقد والجاري البلغمية كتلة واحدة وان تنزع العقد البلغمية الاكليلية الاولى الكائنة تحت البواب وخلفه وهذا يستدعي قطع المعدة قطعاً واسعاً .

ويستعمل هذا القطع المتسع في معالجة قروح المعدة ايضاً ويعد بعض المعالجة الوحيدة . غير ان العملية في هذه الحالة اسهل لان قطع الاثني عشري قريباً من البواب ممكن وقطع المعدة بعيداً عن السدفة (cardia) مستطاع ايضاً . وبعد ان تقطع من المعدة هذه الاجزاء تخاط المعدة بالصائم وتتبع في ذلك طرق متنوعة باين : هو اول من قطع المعدة ووصل الاثني عشري بالقسم العلوي من الشق المعدي ثم اجري ييلروت العملية الثالثة ووصل الاثني عشري بالقسم السفلي .

وهذه الطريقة لا تزال تسمى طريقة ييلروت الاولى مع ان الفضل في وضع طرزها الجراحي عائد الى باين ، فهي مفاغرة المعدة والاثني عشري الانتهاية الانتهاية (gastro - duodénostomie termino-terminale) التي تعيد الانبوب الهضمي الى حالة قرية من الحالة الطبيعية التي كان فيها قبل القطع . ثم بدل ييلروت بعد اجرائه العملية السادسة طريقته فجعلها مفاغرة المعدة بالصائم الجانبية الجانبية الخلفية خلال رباط الكولون (gastro-jéjunostomie latéro-latérale postérieure

transmésocolique) وسميت هذه العملية (عملية ييلروت الثانية) التي استطاع انماها بمفاغرة الصائم بالصائم .

اما كوهر فانه يغلق المعدة بعد شقها اغلاقاً تاماً ثم يصل الاثني عشري بوجه المعدة الخلفي (مفاغره المعدة بالاثني عشري الجانبية الانتهاية

«gastro-duodénostomie latéro-terminale»

وتقوم طريقة لابوليا التي راج استعمالها اليوم بخياطة طرف المعدة جميعه بعد قطعها بعروة الصائم امام الكولون المعترض فهي ايضاً مفاغرة المعدة بالصائم الانتهاية الجانبية امام الكولون (gastro-jéjunostomie termino-latérale précolique) فيسر محتوى المعدة حيثئذ في طرفي الصائم الصاعد والنازل .

وقد عدل فانسترر هذه الطريقة يجعل المفاغرة المعدية الصائمية انتهائية جانبية خلال رباط الكولون . فهو يثبت المعدة برباط الكولون المعترض حول الفوهة المحدثه في المعدة الامر الذي يعيد موقع المفاغرة في نقطة اكثر انخفاضاً من الزاوية الاثني عشرية الصائمية ويسهل الانفراغ .

فما هي الطريقة التي يترتب علينا اختيارها بين هذه الطرق العديدة؟ فطريقة باين (انتهائية انتهائية) وطريقة كوهر (جانبية انتهائية) تستدعيان جذموراً (moignon) اثني عشر ياطويلا فهما مستعملتان اذن في معالجة قروح المعدة بالقطع . واما متى كان الاثني عشري قصيراً كما هو الامر بعد الاستئصال الواسع في السرطان كان لا بد من التردد بين طريقة يلروت الثانية او طريقة بوليا ومشتقاتها واذا تركنا طول الاثني عشري جانباً فاي الطرق نفضل ؟

ان الجواب عن هذا السؤال متعلق بوظيفة المعدة المقبلة .

فكيف تجري المعدة وظيفتها بعد طريقة باين ؟ اننا لنعجب كيف ان المعدة على الرغم من قطع اعصابها تعود الى القيام بوظيفتها حق القيام بعد بضع سنوات فان الرسوم ، ومنها مجموعة نادرة المثال عند الاستاذ دوفال ، تبين ان تبصلة الاثني عشري قد رمت وان الافراغ قد استعاد انتظامه اي ان خروج المواد من

المعدة ودخولها في غار الاثني عشري يتم بتقطع لقمة لقمة كما في الحالة الطبيعية .
فيقوم الاثني عشري حينئذ مقام البواب المقطوع بفضل مراكزه المحركة الذاتية
فيكون والحالة هذه قد وجد بواب جديد .

وطريقة بيلروت الثانية ؟ لكي يعد اجراؤها حسناً يجب ان تجعل الفوهة
قرينة جداً من شق المعدة . تنفرغ المعدة في الصائم كما ينفرغ البرميل فيكون
الانفراغ اسرع مما هو عليه في طريقة باين وفي هذا ما فيه من الاخلال بالمضم
وتدفع التقلصات نحو خياطة الشق المعدي فاذا لم تكن الفوهة قرينة جداً منه
توسع جوف المعدة وبقيت فيه فضلات فظهر القيء . وعدا ذلك فان المواد
الغذائية تمر الى الاثني عشري وتمدده وتحث عوارض ناجمة من الركود دون
ان تعرف الاسباب التي تدعو الاغذية الى سلوك هذا الطريق الراجع .

وطريقة كوهلر ؟ تبدو تارة فيها الاشياء جميعها طبيعية غير ان الرطب المعدي
يتمدد متى كانت الفوهة بعيدة عن الخياطة فهي اذن من جهة الوظيفة في الدرجة
الثانية بعد باين .

وطريقة بوليا ؟ لا تدع شيئاً من المواد الغذائية تستقر في المعدة لان الفوهة
واسعة جداً بل تمر جميعها الى الامعاء فيختل المضم . فالبوليا كما وضعها صاحبها
ليست عملية حسنة واما البوليا المعدلة التي لا تتناول الا الثلث السفلي من الشق
فاحسن غير ان عودة المواد الى الاثني عشري ممكنة ايضا .

وصفوة القول يحق لنا ان نستنتج مع بطرس دوفال ان عملية باين او بيلروت
الاولى هي العملية الفضلى من الوجهة الخلقية (الفسيولوجية) غير انها تستدعي
ان يكون الاثني عشري متحركا وطويلا . فمتى لم تتوفر هذه الشروط كانت

يلزوت الثانية مفضلة على البوليأ حتى المعدلة منها ايضا .

وانا بعد ان فهمنا ما تقدم ان مفاغرة المعدة والامعاء تستعمل في معالجة قروح الاثني عشري وان قطع البواب والمعدة المتسع واجب في السرطان وان قروح المعدة تعالج بمفاغرة المعدة والمعى او بالقطع المعدي اليوأي المتسع جاز لنا ان نتساءل عن فضلى العمليات في قروح المعدة ؟ جواباً نقول ان الامر متعلق بالمرضى .

فاذا كان الشخص قوياً متيناً مصاباً بقرحة غير متعفنة جاز القطع على ان تراعى الشروط الآتية : ألا تكون التصاقات ولا تعفن ولا التهاب حول المعدة ولا صفيحة صلبة ولا وذمة في جدار البطن . واما اذا كان الشخص ضعيفاً قليل المتانة وكانت القرحة ملتصقة فضلت مفاغرة المعدة بالامعاء

وقد فكر بعضهم في صنع الطريقتين معاً نعني بذلك ان تصنع في الزمن الاول المفاغرة المعدية المعوية حتى اذا ما قوي المريض ومرت عليه ١٥ - ٢٠ يوماً قطعت القرحة في الزمن الثاني غير ان المريض يكون في الغالب راضياً عن عملياته الاولى فيرفض الثانية

والمفاغرة التي كانت في السنة ١٩٠٥ خير ما يصنع في ذلك العهد بدأ ظلها يتقلص ليحل محله قطع المعدة في العصر الممتد منذ ١٩١٤ - ١٩٢٠ ثم انها اليوم بدأت باستعادة مجدها .

اما كي المعدة (بلفور) الذي تكلم البعض عنه فهو عملية سيئة (هرثمان) : وما النجاح الذي روي عنه الا ناجم من المفاغرة التي كان يكمل بها ذلك الكي هذه هي المراحل التي قطعها جراحة المعدة في ايامنا الحاضرة .

الجراحة في سياق سنة ١٩٢٧

للحكيم مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية

اذا وقف المرء امام مشهد وكان الوقت يضطره الى القاء نظرة قصيرة عليه انطبعت في مخيلته صورة ذلك المشهد العامة وفاته رسوم ما فيه من الاشياء الدقيقة فكان نظره اليه ناقصاً لا ينيله ما نصبو اليه نفسه وما مطالعة الجرائد والمجلات مهما كانت موضوعاتها الا امر شبيه بالنظر الى المشاهد التي تترأى امام من يستقل قطاراً حديدياً او سيارة ينهبان الارض به نهباً فهو لا يتمكن من تأليف ما يرى من المناظر وهذا ما حداني الى كتابة هذا البحث واظهار اهم الحوادث والتطورات التي طرأت على الجراحة العامة في سياق السنة المنصرمة ليرى القارئ الكريم في بضع صفحات ما دون في مئات والوف وقد استعنت في وضع هذا البحث بما كتبه ميشل دنيكر جراح مستشفيات باريس .

١ - التخدير

أ - التخدير القطني : كانت الابحاث التي ادرجت عن التخدير القطني قليلة في السنة المنصرمة وما ذلك الا لان هذه الطريقة قد استقر امرها واجمع الرأي الجراحي على استعمالها غير اننا نذكر المقالة الممتعة التي ديجتها يراعة واضع هذه الطريقة المأسوف عليه جوناسكو عن التخدير الفقري العام فقد وصف بها طريقة التخدير وصفاً دقيقاً غير ان حججه لم تكن لتقنع قارئه لان الجراحين لا يزالون محجمين عن التخدير العالي بطريق الفقار لما يرون فيه من الاخطار

وقد اتبعنا هذا الرأي الأخير فخدرنا في سياق السنة المنصرمة بضع مئات من المرضى بالطريق القطني غير اننا لم نستعمل ابداً التخدير العالي بل كنا نحصر هذه الطريقة بالارحاء الواقعة تحت السرة . وان من التي نظرة عامة على الغشي الذي يحدث في اثناء التخدير وما ينشأ عن معالجته بحقن القلب بالكافورين يرى ان حوادث الغشي في اثناء التخدير الفقري اكثر عدداً واشد خطراً مما هي عليه في سياق التخدير بالكولوروفورم او الاثير .

ب — التخدير بالسوميفان : يظهر ان هذه الطريقة لم يعم استعمالها على الرغم من العناية التي تعدها بها فرده وفابر ومن تنقية المادة المخدرة فقد تعد هذه الطريقة نقداً مرأ شافسو في جمعية الجراحة وبونو في جمعية جراحي باريس ويظهر ان السوميفان قلما يكفي وحده للتخدير وان الجراح يضطر الى انشاق مريضه قليلاً من الكولوروفورم وان الافاقة من التخدير بطيئة فقد تستمر يومين كاملين وتستدعي عناية خاصة بالمريض وان الاضطراب الذي يلي العملية شديد للغاية وطويل المدى الامر الذي يدعو الى التساؤل عما اذا لم يكن السوميفان الذي لا يسيء الى الكبد والكلية مضرراً في المراكز العصبية . ان حقن العضلات بالسوميفان يكفي في العمليات الصغيرة العادية غير ان الانتظار ساعة ونصف الساعة او ساعتين بعد الحقنة لا مندوحة عنه قبل البدء بالعملية .

ج — التخدير بالاثير بطريق المستقيم : لا تزال فئة من الجراحين تدافع عن

التخدير بالزيت الاثيري على الرغم من النقد الجارح الذي وجه اليه وانما نذكر المقالة الرائعة التي كتبها روينو مينتا بها خستات هذه الطريقة وسيلتها وواصفاً طرز اجرائها والادوات اللازمة فيها وكميات المخدر وغير ذلك . وعلقت

روينو أهمية كبيرة على مراعاة هذه الشروط وهو يعتقد ان المحاذير التي اوقفت العدد العديد من الجراحين عن الاقبال على هذه الطريقة تبعد متى روعيت هذه القواعد فذكر من هذه العراقيل : التهابات المستقيم ، قروح الامعاء ، العراقيل الرئوية ، اعراض تسمات خطيرة والخ فكل هذه العوارض تنجم على زعم روينو من الخطأ في اجراء الطريقة ومن استعمال كميات كبيرة من المخدر

د - التخدير بالجانوسكو بولامين (genoscopolamine) : ان الحقن بالسكو بولامين

قبل العمليات يسهل التخدير كثيراً وينقص الالاعاب ويبعد الافاقة لذيدة .
غير ان هذا المخدر علاج سام صعب الاستعمال لا يخدر الا متى كانت كميته كبيرة . وهو يحدث اعراض تسمم شديدة متى تجاوز مقداره حداً تحمل المريض ولعل الحية التي يصادفها الجراحون ناجمة من قلة المقدار الذي يتحتمون به المريض . اما الجانوسكو بولامين فهو شبه قلوي يمتاز بتركيبه الكيماوي عن السكو بولامين فهو يتصف بصفات السكو بولامين المخدرة ويمتاز عنه بخلوه من التسميم فالمقادير المستعملة منه تفوق كثيراً مقادير السكو بولامين .

وهذا ما دعا الجراحين الى الاقبال عليه وقد وصف لامبره بطرز التخدير به وصفاً دقيقاً وبين رضاه عنه فاذا اعطي المريض منه في الليلة التي تسبق العملية ٢ - ٣ مليغرامات بطريق الفم نام نوماً هادئاً حتى الصباح واذا حقن المريض منه قبل العملية بخمس واربعين دقيقة بثلاثة مليغرامات و ١٥ مليغرام مورفين ظهرت فيه حالة خمود فسهلت التخدير واستمر الخمود (torpeur) ٨ - ١٠ ساعات لا يشعر المريض في اثنائها بأي ألم ولا يشكو اقل مضض . وهذه هي الحسنة التي تجنى من هذه الطريقة .

٥ - التخدير بمزيج شليخ : اقترح التخدير بهذا المزيج دغوت و اشار ان يخدر به بجهاز امبردان فهو يضع في الجهاز ٣٠ غراماً من المزيج واذا احتيج الى اكثر منها جاز ذلك . والتخدير بهذه الطريقة حسن للغاية .

٢ - الاعتناءات قبل العمليات وبعدها

أ - معايرة البولة الدموية في الجراحة : خطت هذه الطريقة خطوة كبيرة لان معايرة الازوت في الدم مقياس تقاس به متانة الشخص المعد لعملية جراحية وقد درس مارسل ارنو من مرسيليا هذا الامر درساً دقيقاً وتوصل الى استنتاج النتائج الآتية :

١ - يكون الازوت في دم المعدين لعمليات جراحية متى كانت اكبادهم وكلامهم تقوم بوظائفها حق القيام ١٠٠،٤٥ او اكثر (شاهد مارسل هذه الزيادة في ٧٩ حادثة من ١٥٠)

٢ - علو الازوت الدموي في الايام الاولى التي تلي العملية علواً ثابتاً مقلقاً لخطر الجراح دون ان ترافقه علامات سريرية في اكثر الاحيان ثم لا يلبث ان يعود الى ما كان عليه بعد ثمانية الى عشرة ايام

٣ - سبب ازدياد الازوت الدموي قبل العمليات وبعدها في المصابين بجروح كبيرة وبصدمة رضية او جراحية فساد النسيج والامتصاصات السمية :

٤ - ليس لهذا الازدياد اقل قيمة في الانذار قبل العملية وبعدها بل هو يزول في اكثر الاحيان مع الافات التي اقتلعتها العملية الجراحية .

وقد وصل كزانيسيانو وفلوريون الى استنتاجات قريبة من استنتاجات

مارسل ارنو فهما يقولان :

١ - ليس لازدياد الازوت في الدم قبل العملية سوى قيمة ضئيلة في الانذار
الامتي كان الازدياد كبيراً . بل يجب ان تتحرى مرتبة امبار واختبار الفانول
فثلاثين متى رغبتا في تحري وظيفة الكلية بعد العمليات .

٢ - ليس للمخدر الا تأثير ضعيف في رفع ازوت الدم بل التأثير كل
التأثير يعود الى امتصاص النسج الفاسدة .

فنحن نذكر زملائنا الجراحين بهذه الاستنتاجات ونسألهم ألا يعلقوا
الاهمية الكبرى على ازدياد الازوت في دماء مرضاهم فيمتنعوا بسببه عن اجراء
عمليات قد يكون من تأخيرها القضاء المبرم على اولئك المرضى .

ب - حموضة الدم عقب العمليات : ان الشغل الشاغل للجراحين هو الخوف
من هذه العرقلة الراجعة فقد جربوا محاشياتها بمنع مرضاهم المعدين للعمليات عن
الصوم والمساهل قبل العمليات وباعطائهم مائيات الفحم والقلويات . غير ان هذا
كله لم يبدل توالي العمليات تبديلاً محسوساً . وقد استعملوا الانسولين في هذه
الآونة الاخيرة وحده او اشر كوها بحقن الدبسوز (غليكوز) ويرجع ان السبب في
الحموضة التي تعقب العمليات وتظهر في اناس ليسوا مضايين بالسكر هو تشوش
الغذاء الناجم من المخدر وان لقصور وظيفة الكبد الدور المتغلب في هذا التشوش .
فيترتب على الجراح والحالة هذه ان يعاين الكبد معاينة دقيقة وان يدرس المخدر
الذي يتحملة المريض درساً عميقاً ويستعمل الانسولين متى كانت العراقل خطيرة .
ج - الحرارة الرطبة والبرودة في معالجة التهابات الحادة : كتب ماتييه مينلا
فوائد الحرارة الرطبة في التهابات الحادة : فلغمون العقد ، الدمامل ، الجفرة
الحيدة ، التهابات الاوعية البلغمية ، التهابات الثدي والخ على ان يراعى سفي

استعمالها مذكورة ركوز (ماء حرارته ٥٠ - ٥٥ بدون انقطاع) سواء أكان استعماله بشكل حمامات أو تضييدات، أو رذاذ، أو حقن، حتى أن ماتيغه لا يتردد عن اطراء لصقات بزر الكتان

أما موكوفانه يثني الشاء العاطر على التبريد في التهابات الثدي التي تظهر في سياق الارضاع وفي التهابات الغدة الدرقية الحادة وفي عدد عديد من التهابات الحادة . فهو يشير بوضع محفظة من الثلج املاً بغوور (résorption) الافسة او بخفتها كما في الحرارة الرطبة . واستعمال الثلج اسهل على المريض من استعمال الحرارة الرطبة التي تستدعي رقابة دقيقة .

د - الاشعة فوق البنفسجي في العفونة : قدم لويس بازي الى جمعية الجراحة تقريراً عن الاشعة فوق البنفسجي خلاصته انه استعملها في ٨٠٠ حادثة عفنة وعقيمة فكان يعرض ساحة العملية واليدن لها في سياق العمليات فتحقق ان التعقيم يزداد وان العضوية يشتد دفاعها ازاء العفونة وان الحالة العامة لتحسن والتندب يسرع .

وما من ينكر فعل هذه الاشعة القاتل للجراثيم غير ان لويس بازي نفسه يحذر من استعمالها لانه يتساءل في اخر تقريره عما اذا لم يكن تعريض الاحشاء لها يسبب حروقاً وموتاً في الامعاء وعليه فلا بد في استعمالها من الانتباه الشديد .

٥ - اللقاحات والمصول في الجراحة : كتب الكثيرون عنها الشيء الكثير

وخير ما قيل المحاضرة التي القاها بازي في فال دوغراس وهو يشير بها الى الانتباه الشديد في استعمال اللقاحات ونبه الجراحين الى درس كل حادثة مطي حدة قبل الاقدام على استعمال اللقاح لان الحوادث جميعها لا تشابه .

اما المصل فقد ذكر بازي عنها فائدة المصل المضاد للغنغرينا في التهاب الزائدة وايد هذا الرأي كثيرون سواء غير ان هذا التحسن الذي يحدثه المصل يسهل العمل الجراحي ولا يفني عنه .

وذكر كافر ضرورة الالتجاء الى المصل المضاد للكرز في الجراحة واورد كثيرآ من حادثات التئؤ (anaphylaxie) والعوارض المصلية المؤلمة التي تزعج الطبيب والمريض معآ في بعض الاحيان وقال ان اجتناب هذه العوارض ممكن باستعمال مصل مارتن الجديد اللآحيني (sérum desalbinisé) فان المصلين والكريين (sérine et globuline) يكونان قد رسبا في هذا المصل فلا يبقى سوى الكريين الكاذب (pseudo-globuline) وهو الذي يحمل مضادة الزيفان (antitoxine)

و — الحروق : درست الحروق درسآ دقيقآ في اميركا . فقد نسب مورده وىلس العوارض السامة في الحروق الى امتصاص الميولين (protéine) من النسيج المحروقة وهو ينصح بمعالجة الحروق كالجروح الرضية اي بالتقشير وقطع الاقسام المائتة . وقد استعمل طريقته بعد ان اختبرها طويلاً في سبعة مصابين بحروق خطيرة فشفي منهم ستة ومات واحد وكان يلاحظ ان الحالة العامة كانت تحسن تحسناً سريعاً وان الندب يسرع .

غير ان بنكروفت وروجرس يقولان بان هذه الطريقة تضحي بعناصر ربما كانت عاملاً كبيرآ في ترميم النسيج الميتة . عدا ان هذه الطريقة تؤلم المريض في الايام التي تلي العملية وان الجروح تعفن في الغالب . فهما يفضلان استعمال حامض المعفص (ac. tapnique) ويستعملان منه محلولآ نسبته ٢٥ ٪ ٥٠ ٪ .

المائة فيعود الجلد بعد استعماله قاسياً كالجلد المدبوغ وتخف الآلام وتندب الحروق تحت هذا المشار الصلب . ويستعمل بالك وبورس رذاذ حامض العفص أيضاً وقد درس دتكن ولتون الحروق بالفوسفور الأبيض فقال ان هذا الجسم يعلق بالنسج ولا ينفصل عنها فهو يتابع عمله الحارق مدة طويلة فيجب والحالة هذه ان يفصل الفوسفور عن الهواء بستر الحرق بطبقة كثيفة من القطن مبلل بمحلول كبير بقاء النحاس المثوي فينطفئ الفوسفور بعد ثلاث دقائق فيستخرج ويظهر حرق من الدرجة السادسة يعالج كما تعالج الحروق .

ز — تشخيص الاورام الشحمية : كثير أماً تلبس الاورام الشحمية بالخراجات الباردة لانها تتصف بتموج كاذب يمثل امام الجراح كأنه تموج حقيقي فمتى وقع الالتباس وكان الجراح لا يرغب في البزل الاستقصائي عليه ان يستعمل طريقة اوفراي وهي طريقة قديمة العهد غير ان الفضل يعود الى اوفراي في احيائها وتقوم هذه الطريقة بوضع محفظة من الثلج على الورم او بتوجيه رذاذ الاثير عليه فاذا كان الورم شحمياً تصلب .

٣ — العظام ، والمفاصل ، والاطراف

أ — الاستجدالات (ostéosynthèses) : على الرغم من التقادير الإضافية التي رفعها بعض الجراحين عن فائدة الاستجدال في الكسور الى جميعات الجراحة المختلفة لا يزال السواد الاعظم من الجراحين يعدون هذه الطريقة من المعالجات الاستثنائية التي لا يجوز الالتجاء اليها الا في بعض حالات خاصة : (كسور الساق المائلة ، كسور عظمي الساعده ، كسور المشاش مع تبدل لايزداد والنخ على ان يكون الجراح قد جرب الرزد غير الجراحي أولاً فلم ينتج وان تكون المجلدات

اللازمة لهذه العمليات جاهزة لديه .

فاذا روعيت هذه الشروط كان الاستبدال في الكسور جليل الفائدة .
اما في الكسور المفتوحة فقد اختلفت الاراء اختلافاً يائناً فمنهم من فضل الاستبدال
ومنهم من فضل المعالجة الاخرى غير ان السواد الاعظم قد اقر كما يظهر ان
الكسور المختلفة مع جروح متعرجة وتخرينات كبيرة في العضلات تستدعي الرد
والطهير والتثبيت اولاً مع بقاء الجرح مفتوحاً ثم خياطة الجرح خياطة تالية بعد
حين ثم الاستبدال اذا قضت الضرورة به .

وقد استعملنا الاستبدال في بضعة كسور مغلقة كان ردها غير الجراحي
متعذراً فكانت النتيجة باهرة ولم نصادف سوى عرقلة واحدة ليس غير وهي
ذات العظم والتقي في مريض مصاب بكسر الظنبوب (tibia) لم تثبت ظنبوبه
المكسور بالأساور بل بالجبائر المعدنية واللواب ولعل اللواب كانت السبب في
ذات العظم الرضية .

ب — الاجهزة في كسور العضد والقخذ : نشرنا عنها المقالات الضافية في
مجلتنا واننا نرى ان ايراد لمحة مختصرة عن هذه الاجهزة لا يأتي بالفائدة المقصودة
واننا ندعو القراء الكرام الى مطالعة ما كتب

ج . — التهاب المفصل السيلاني ومعالجته : درس ماندور في مؤتمر الجراحة
هذا البحث وبين الضغوبة التي يصادفها الجراح في التشخيص مع ان الاسراع
به ضروري لان التهاب المفصل السيلاني يشيخ سريعاً ولان العوارض التي
تتجم منه قد تكون ميمية وواصر على تحري المكورات البنية (القونوكوك) مرات
متتابة في بنوعه (الاحليل والحويصلين المنويين وعنق الرحم) وفي الدم

والمحافظة المفصلية وعلى الطبيب ان يستعين بالرسم الشعاعي وبحث الخلايا (cytologie) والتشخيص (المصلي séro-diagnostic) ليشخص المرض

وقد درس ميشل من ثاني معالجة هذا الالتهاب المفصلي وبعد ان اورد امام المؤتمر الجراحي جميع المعالجات المستعملة ختم كلامه بقوله ليس من مفاجئة نوعية لهذه العرقلة الخطرة . فعلياً ان تقبيلها بمعالجة الافات المسببة لها (التهاب الاحليل ، المثانة (prostate) الحويصل المنوي ، ملحقات الرحم ، غدد برتولان ، قنوات سكين «Skene») معالجة متقنة .

اما تثبيت المفصل الطويل فلا يشار به لانه يسبب الالتصاق وجل ما يستطيع صنعه ١ - ازالة الالم (المعالجة الدوائية : التحريك ، الهواء الحار ، الاشعة ، المصل ، اللقاح ، ماركوروكروم «mercurochrome» غونكرين « gonacrine »)
٢ - المحافظة على حركة المفصل (طريقة ويليس ، خزع المفصل وغسله ثم اغلاقه بدون تحفيض ، استئصال المحافظة) وقد تدعو الحالة في بعض الاحيان الى نشر المفصل او الى البتر كما في الورم الابيض .

د - الاكياس المسماة اكياس النمود المصلية (les kystes dits «synoviaux») :

تشاهد هذه الاكياس الصغيرة في المعصم غير ان جوهرها الحقيقي لم يعرف حتى بضع سنوات خلت . فلا يجب ان نعدّها وفقاً طراً على التمدد المصلي كما كان شأنها في زمن غوسلن لان هذه الاكياس مستقلة الاستقلال التام عن المحافظة المفصلية واذا اتصلت بها فلا يكون ذلك الا طارئاً عليها . ليست هذه الاكياس في الواقع الا استعالة نظيرة الغراء اصابته النسيج الضام وهي آفة غير محدودة جيداً وكثيراً ما تكون نشيطة غير منطفئة . حين تستأصل وههنا

ما يعلل لنا نكسها فيترتب على الجراح اذن الاستأصل هذه الاكياس الا متى ازعجت المريض بكبر حجمها . ويكتفي بعض جراحي الامان بشقها شقاً بسيطاً وبترك الشق مفتوحاً ريثما يندمل من العمق الى السطح

٥ - جراحة اقراص الركبة المفصليّة : تكلم عن هذا البحث باسهاب موشه وتافرنية في مؤتمر الجراحة فيينا ان الافة التي تشاهد في الغالب انما هي شق طولي يصيب القرص الانسي فينخلع القسم الانسي منه ويعود حرّاً في الفضاء بين اللقمتين ويحدث العرض المسمى في السريريّات الاعتقال (blocage) اما الافات الاخرى فنادرة : اقتلاع قرن ، شق معترض ، تنني والنخ

اما المعالجة فلم يختلف فيها لان الرأي الجراحي اليوم أجمع على استخراج الاقراص المفصليّة استخراجاً تاماً . ولم يقم الجدل الا على افضل طريق يجب اتباعه لاتقان العمل الجراحي فبعضهم فضل خزع المفصل طولاً خزعاً كبيراً والبعض الاخرون اكثر عدداً فضل خزع المفصل عرضاً وقطع الرباط الجانبي الانسي

٦ - جروح اليد والاصابع بالالام حبر الانيلين : نشرت اربع عشر من المشاهدات عن هذه الجروح التي تظهر بمظهر السلامة مع ان عواقبها قد تكون شديدة الخطر فلو غرز رطل فم الرصاص في الجلد وكسره فيه كان استئصال تلك القطعة صعباً للغاية لانها تفتت اذا ما مسكت بالمتقاشن وهي اذا تركت في النسيج احدثت فيها مواتاً وتقيحاً طويلاً الامد . وقد تطرأ على الجريح عوارض عامة خطيرة مسببة من التسمم : اسهال ، يرقان ، حمى ، التهاب الاوعية البلغمية المتسع كما في المشاهدات التي اوودها غز تيمستر . فيجب والحالة هذه ان تقطع

النسج المخضبة بالانيلين وتستأصل جميعها مع القطعة الفارزة فيها ولو اضطرت الحالة الجراح الى اجراء التصنيع متى صعبت عليه الحياطة

ز - تصنيعات الابهام : تصنيع الابهام ممكن بطرق مختلفة فقد رويت مشاهدة لا تخلو من الفائدة وهي ان احد المرضى قطع ابهامه بمنشار دائري ولم يبق وسطاه عالقة بالجلد . فمن لموشام ان يخطط الوسطى يجذموه الابهام تاركاً جلدها عالقا بها فالتصقت الوسطى بعد وقت قصير حتى انه تمكن من قطع الجلد بعد ستة وثلاثين يوماً فمادت اليد بعد ان كان ابهامها مبتوراً يداً فيها ابهام مركب من ثلاث سلاميات يتحرك تحركاً حسناً ويحس حساً طبيعياً وقد روى الجراح نفسه حادثة اخرى كان النجاح بها حليفة في ابهام الرجل .

وتصنيع الابهام نظراً الى وظيفته الكبيرة في السد امرٌ يترتب على الجراح الاهتمام به سواء في اثناء الحادثة التي تؤدي الى بتر الابهام او بعد اندمال جذموه لان الجراح الذي يعيد الى يدا ابهامها يكون قد اعاد اليها نصف وظيفتها المفقودة ولا يخفى ما في هذا الامر من الاهمية ولا سيما اذا كانت اليد المصابة اليد اليمنى واذا كان الشخص المصاب من الكتبة او ذوي الاعمال التي تستدعي الدقة . ان الجراح بعمله هذا ينفخ في حياة الجريح الاجتماعية روحاً جديدة .



يوبيل العلامة الكرملية

احتفلت الزوراء في ١٦ ايلول المنصرم بيوبيل حضرة العلامة الطائر الصيت
الاب انتاس ماري الكرملية تقديراً لمقامه العلمي الكبير وخدمه الجليلة التي
اسداها الى اللغة العربية وقد رأس الحفلة شاعر بغداد الكبير وفيلسوفها الشهير
جميل بك صدقي الزهاوي فكان ذلك اليوم كسوق عكاظ نثرت فيه درر الخطب
ونظمت لآلء القصائد الغوالي في مدح المحتفى به ولا عجب اذا هبت بغداد
لتكريم علم اعلامها ونابعها الكبير وهو الذي خدم اللغة العربية نصف قرن
باحثاً منقياً ، وهو الذي انشأ مجلته (لغة العرب) فكانت اداة وصل بين الشرق
والغرب ، وهو الذي وضع من المؤلفات زهاء ثلاثين مؤلفاً منها (تاريخ بغداد)
(تاريخ العراق) (تاريخ الكرد) و (العرب قبل الاسلام) ومعاجم ثلاثة
نادرة لم تطبع بعد ، وهو الذي بانتمائه الى العراق قد جعل بغداد قبلة العرب
والمستشرقين وقد كنا من الذين يهرمون ذلك النور الثاقب فنظروا اليه يستضيئون
به في رحلتهم العلمية المظلمة فكم من المصطلحات الطبية التي وضعها فاحكم
وضعها وكم من الالفاظ القديمة التي احياها بعد ان كانت مندثرة وان مجلة معهدنا
هذه ومؤلفنا « السريريّات والمداواة الطبية » الذي انجز طبع جزئه الاول
لبرهان ساطع على ما للعلامة الكرملية على لغة الطب وعلينا من الفضل
فنحن نتمنى لصديقنا ورفيقنا الفاضل يوبيلاً مباركاً وحياة طويلة
لتستفيد البلاد العربية من علومه الغزيرة .

المؤتمر الطبي الدولي لأمراض المناطق الحارة

ستحتفل كلية الطب بالقاهرة بمناسبة مرور مائة عام على تأسيسها بعقد مؤتمر طبي دولي لأمراض المناطق الحارة وعلم الصحة وذلك في الخامس عشر من شهر كانون الاول سنة ١٩٢٨ تحت رعاية صاحب الجلالة ملك مصر .

وقد ارسلت الحكومة المصرية الى البلدان المختلفة بالدعوات الخاصة لحضور هذا المؤتمر الذي سيمثل ايضاً معرضاً لآحدث الآلات والاجهزة الطبية ولعل فرصة زيارته لا تفوت حضرة الاطباء والجراحين من السوريين واللبنانيين نظراً الى الفائدة التي قد تعود عليهم باطلاعهم على آراء الغير من اساتذة الطب وما وصل اليه ذلك العلم وفروعه في مرحلته الاخيرة .

- كتب حديثة

مجلة الرابطة الشرقية : انشأت الرابطة الشرقية هذه المجلة التي سميت باسمها وعهدت برئاستها الي السيد عبد الحميد البكري وبادارتها الي سعادة احمد شفيق باشا وبالاشراف على انشائها الي الاستاذ علي عبد الرزاق وهي تطرق المباحث العلمية والاجتماع والاقتصاد والادبيات والفنون الجميلة وكل ما هو مفيد لامم الشرق . تصدر عن مصر كل شهرين اشتراكها السنوي خمسين قرشاً صاعاً في مصر وستين في الخارج فتتمنى لها الراج

جدول الامراض : هو معجم صغير قام بوضعه رصيفنا وضيقتنا الحكيم فؤاد غصن خبير المحاكم في بيروت واستاذ الطب الشرعي في الجامعة الاميركية وصاحب المجلة الطبية العلمية يقع في ٤٩ صفحة متقن الطبع صقيل الورق . وقد شاء زميلنا

ان نكتب مقدمة لمعجمه هذا فأولانا منة لا نستحقها فاجنبناه الى طلبه وبعثنا اليه بمقدمة يجئنا فيها عن حياة اللغة العربية .

ان هذا المعجم على صغر حجمه عمل من الاعمال المجيدة التي تحجج الجماعة عن القيام به فانما قام فرد في الامة وخطا هذه الخطوة العلمية الكبيرة دل عمله على حب فائق للغة وتغاف في خدمتها وإقدام ادبي نادر لانه يعلم وهو يضع معجمه ان الانتقادات ستهال عليه انهال المطر ذلك لان المصطلحات التي ينقلها زميلنا الى العربية كلمات حديثة لم تجمع اراء الاطباء في البلاد العربية المختلفة على ترجمتها فان المصري له رأي فيها يختلف عن رأي السوري والسوري له رأي يباين رأي العراقي وقس على ذلك . غير ان الزميل قد ضرب بكل هذه الامور عرض الحائط وسدد نظاره الى شيء واحد وهو انه رأى في اللغة العربية هوة سحيقة تفصلها عن لغات الغرب الحية فرمى حجره فيها وهو يعتقد كل الاعتقاد ان هذا الحجر لا يملأ تلك الهوة الكبيرة الا انه بعمله هذا ينادي علماء اللغة ولغويها الى الاقتداء به ينادي المهندس والحقوقي والزراعي وكل ذي اختصاص الى سلوك الطريق الذي سلكه ويستحلفهم باسم اللغة التي ينطقون بها باسم هذه اللغة التي كانت منارا للعالم في زمن حضارتها اللامعة ان يرمي كل منهم بحجره في تلك الهوة ليعود المرور الى ساحة العلم الحديث متيسرا ، فكيف لا يكون هذا العمل كبيرا على الرغم من صغره وكيف لا نسدي الى زميلنا اخلص عواطف التهنئة بخطوته الاولى متظربين خطاه المقبلة . ومنتئين الا تعثر قدماء بما يمتعه عن متابعة عمله المنافع وجهاده العلمي .

مَجْلَدٌ المعهد الطبي العربي

تشرين الثاني سنة ١٩٢٨ م ٠ الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٤٧ هـ

المفصل الكاذب في عنق الفخذ

للحكيم لومر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر



سقط المدعو ابراهيم يوسف على ور كه منذ زهاء خمسين يوماً فعولج في
بيته ولازم سريريه كل هذه المدة فلم تسفر هذه المعالجة عن نتيجة حسنة لان
الالم بقي مستمراً ولان الوقوف والمشي كانا متعذرين عليه وهو رجل في العقد
السادس من عمره غير ان ملامح الهرم تبدو عليه حتى ان الناظر اليه يظنه قد
تجاوز الثمانين . كانت رجله حين دخوله دائرة الى الوحشي دوراناً عنيفاً وحر كات
ور كه الايسر مؤلمة الماً شديداً ولم تكن حركات المئك (piston) ولا الجارور
(tiroir) واضحة

وكان طرفه السفلي اقصر من الطرف الثاني ثلاثة سنتيمترات كل هذا كان
يوجه افكارنا الى كسر في عنق الفخذ غير متدمل لومر متدمل اندمالاً معتبياً .
رجم المريض بلاشفة فظهر كسر ماربالعنق في فخذ كان عتقاً وقد غار
(resorbé) في بنية اخرى بدا انفصال كاذب في عنق الفخذ . اما الكسر

(رأس الفخذ) فلم تترك محلها في قلب الورك وكانت تبدو حفيرة الرباط المدور وكان التروخانتر الكبير مرتفعاً والتروخانتر الصغير بادياً في الرسم وهو دليسل على دوران الطرف الى الوحشي .

جئ بهذا المريض المقعد الي لكي انظر في امره فرأيت ان التوسط الجراحي واجب على الرغم من إخطاره في مريض طاعن في السن كهذا واعني بالتوسط الجراحي وضع طعم مستل من الشظية في مركز الكسر .

غير ان الالات في عمليات كهذه كانت تنقصني وما رأيته في مؤتمر الجراحة الذي عقد سنة ١٩٢٤ من النتائج الباهرة في كسور عنق الفخذ المعالجة بهذه الطريقة كان يدفعني الى اجراء هذه العملية لهذا المسكين المقعد . ولا سيما طريقة نورديس التي اعلنها ابر في طريقة سهلة الاجراء وهي التي اخترتها دون سواها .
العملية : اجريت في ٣٠ نيسان سنة ١٩٢٧ . خدر المريض بالتخدير

القطني بحقن ٤ ، ٥ ، ستغرمات ستوفائين ، مدد على المنضدة ووركا مبهدات تبعيداً متناسباً وكان ذلك التباعد في ابعاد حد وصل اليه الورك المريض وشوكاه الحرقفيان على خط افقي واحد . وكان المساعد الذي يسند الطرف المريض يسط هذا الطرف جاداً في ادارته الى الانسي على منضدة ثانية صغيرة كانت قد اعدت لاستناد الطرف اليها حين نزع الطعم الشظوي منه . اما تضاد التمديد فقد اجريناه بوضع معلقة كبيرة عقدناها حول العانة .

اجريت الشقي حسب طريقة دالنه ، شققت النسيج الرخوة تحت القترعة التي تحدد المدور الكبير بسنتمترين وبعد ان كشف العظم ثقيت بالحج اليدوي حسب خط مار بالنقطة التي انقبها ومتجه الى الشوك الحرقفي الامامي العلوي في الجهة

المقابلة وهو الخط الذي سار فيه المثقب وقد شعرت جيداً بالمقاومة التي صادفتها حين اختراق القشرة وبالبين حين اختراق المنطقة المتخلخلة والرأس . وقد وقفت حين وصل المثقب الى الخط الذي كنت رسمته عليه بالبرد لان طول المثقب كان معادلاً اذ ذاك لطول الطعم الذي كنت قد قستته على الرسم الكهربي . فزعت المثقب ثم وسعت هذا المجرى بمثقب النخن يعادل قطره ستمتراً وترك المثقب حيث هو .

وعدت الى الشظية فاقتطعت منها بمنشار جيغلي الطعم مع محافظتي على الستمترات العشرة السفلي من هذا العظم حسب وصية دالبه . وبعد ان عريت الطعم من سمحاقه نزع المثقب وغرزته مكانه بضربه ضربات خفيفة بالمطرقة كما يغرز التجار المسار الحشبي في خشبة مثقوبة . ثم ثبت الطرف في جهاز هوبتمان الجبسي والمريض على منضدة العملية .

ورسم المريض مرة ثانية فظهر ان الطعم في الحفرة التي احتفرت بي في العظم وانه مار منذ الثقب الخارجية حتى حفرة الرباط المدور .

وقد استدللنا من الظل الخفيف الكائن في الفاصل عند طرف الطعم والمناسب لانخفاض الرأس انخفاضاً خفيفاً ان الطعم قد دخل الرأس لانه لم يكن لدينا رسم جانبي ولم تيسر لنا طريقة رؤية البروز (stéréoscopie) لتحققنا هذا الامر . ويظهر ان الطعم كان طويلاً وانا قد تجاوزنا الحد في غرضه . نغزو ان هذا الامر لا يعد ذا بال في طريقة التسمير هذه .

ولم ينخفض عظم الفخذ انخفاضاً كافياً وليس في هذا الامر ما يدعو الى العجب والكسر في يومه الخامس والمفصل الكاذب يتكون مشدود جداً ، ولم

يمكن الرد تالماً ولا الدوران الى الانسي كافيّاً على الرغم من ابلاغنا اياه الى اقصى حده لان المدور الصغير كان ظاهراً في الرسم .

اما المتساقطة الواضحة فقد كادت تزول والقطعتان العظيمتان قد اقتربتا وتلاصقتا فيتحقق لنا ان نقول ان هذه الحالة من الوجهة العملية مرضية جداً .

توالي العملية : أصيب المريض بجشكريشات ولم يحتمل جهازه الجبسي فكنا نقطع منه قطعاً مناسبة للنقاط المضغوطة وقد اضطررنا الى نزع الجهاز جميعه في اليوم الخامس عشر . وحاولنا ان نضع للمريض جهاز تمديد ثابت منعاً لدوران الطرف دورانياً وحشياً وهذا ايضاً لم يحتمله المريض . فتركناه اخيراً وشأنه في سريره واوصينا الممرضة بمنعه عن الوقوف قبل الشهر الرابع .

ثم سافرت الى فرنسا وبعد ان عدت منها عرفت ان المريض ترك المستشفى في ٦ تموز نظراً الى الحاحه والراح عياله وكانت حالته العامة سيئة ولم اعد اسمع عنه بعد ذلك خبراً الامر الذي يدعوني الى السكوت عن النتيجة الوظيفية .

لست ارمي بايراد هذه المشاهدة الى وضع طريقة خاصة تقريينة في تسمير الفخذ معارضاً بها الطرق الدقيقة التي قام بوضعها كبار اساتذتنا . غير انني لرغب في ان ابين ان تلك الطرق لا يستطيع اجراؤها الا في المستشفيات المختصة بهذه الجراحة والمجهزة بالالات والادوات الخاصة وان تسمير الفخذ عملية يستطيع اجراؤها بهذه الطريقة السهلة وبالالات التي لا يتخلو منها مستشفى جراحي دون ان يعرف رأس الفخذ او يرسم في سياق العمل الجراحي ففي كل مرة لا تتجع بها طريقة هو يضمن يستطيع تسمير الفخذ ووضع طعم فيه لينمو ويكون عظماً جديده . في ذلك الفصل السكاذب

التهابات الكلية المصاحبة لبيئة الدم

للحكيم شوكة موفق الشطي استاذ علمي النسيج والتشريح المرضي

تمتاز هذه الالتهابات سريريّاً بالبيئة الدموية وسلامة وظيفة الكلية ونسجياً بأفات بسيطة منحصرة في الكليتين معاً او في احدها ، تدخل هذه الالتهابات الكلوية في زمرة الامراض الجراحية وقد سعى الى معرفتها علماء العالم فبحث عنها « ادهورب Edhorbe » في اميركة وهاريسون « Harrison » في انكلترة واسرائيل في المانية وساباتييه ، وبوسون ولودنبو ولوغو والباران وجانبرو وماريون في فرنسة وكان العلماء الفرنسيون في مقدمة من تناولوا هذا البحث ونقصوا فيه

الاسباب : اتتانية او سمية او حرضية اورضية

الاسباب الاتتانية : يعرفها الطبيب متى بحث عن سوابق مرضه مجتاً

دقيقاً وقد قال روزنيغ (Rowsnig) ان هذه الالتهابات ناجمة من تأثير ذيفان الجراثيم او السموم في الكلية . وتمكن الجراثيم من اذية الكلية بوجودها فيها او بذيفانها . وتصل الجراثيم الى الكلية باحد الطرق الثلاثة .

١ - الطريق الدموي^١ او الطريق النازل

٢ - الطريق البولي التناسلي او الطريق الصاعد

٣ - الطريق البلغمي (اللنفاوي)

وقد تستقر الجراثيم في مكان بعيد عن الكلية وترسل افرازاتها اليها لانها

المرشحة والطاردة للسموم فتثبت فيها وتضربها
 اما الجراثيم التي ظهر تأثيرها في الكلية فهي عصيات الكولون ،
 والمكورات العقدية والمكورات البنية وعصية ابرت والعامل المرضي للزلة
 المستولية (عصية بيفر) الخ
 وقد عرف من الطفيليات حيويين لافران الدموي ^(١) ومن الفوعات فوعة
 الجذري والحصبة والقرمزية ^(٢)

ومما يجب الانتباه اليه عصية الكولون التي تشاهد في بول الحبالى والمصابين
 بالتهابات المعى المخاطية الغشائية (جانبو) . تتقل الى مسالك البول بالطرق
 البلغمية او بالطريق الدموي اثر تغفن الدم بعصيات الكولون

وقد نبه مارسان الافكار الى امر هام استنتجته من مشاهدة احدى مريضاته
 التي كانت تصاب بيلة دموية وعصوية (عصية الكولون) اثر نوب التهاب
 الزائدة فقطع زائدة المريضة عام ١٩١٩ ففارقتهما البيلتان العصوية والدموية .
 ويقول جانبو ان البيلة الدموية في نوب التهاب الزائدة او في التهاباتها القديمة
 ليست مدعاة الى العجب لان التهاب الزائدة يصطحب في الغالب بالتصاقات
 بين الزائدة والأعور والحالب فيسهل مرور الجراثيم او سمومها بطريق العروق
 البلغمية الى الكلية . بهذا تعلق الالتهابات التي لا تبدو الا في جهة واحدة
 وهي الجهة التي تقع فيها الزائدة ولجانبو مشاهدات عديدة في هذا الصدد .

(١) شاهدنا مرضى كثيرين اصابوا بالتهاب الكلية تلونوب البرداء او معها

(٢) يقال ان عامل القرمزية هو جرثوم من نوع المكورات العقدية ؟

الأسباب السمية : تلتهب الكلية من جراء مرور مواد سمية خارجية او داخلية منها وما تصلب الكلية الا نوع من تصلب الشرايين ناجم من التسمم الدائى المزمن . ولا يجب ان ننسى الالتهابات الناجمة من تجمع بعض الادوية بكميات وافرة كصنفاة الصودا والزرنيخات والملاح الزئبقية والبزموية والاوروتروبين والثيوبرومين ولا سيما الذراح . وقد ادخل شوفار البرد في زمرة الاسباب المذكورة

الاسباب الحرضية : البول شديد المحوضة في اكثر الامراض الحرضية تؤثر حموضته في الكلية فتلتهب التهاباً عقيماً . تلتهب الكلية في داء السكر لانها تعمل فوق طاقتها لطرد الماء والسكر فتحترق وقد تلتهب واما في النقرس فتلتهب الكلية لان في البول كمية كبيرة من حامض البول وملاحه وقد ينجم التهاب الكلية من الحرض الحماضي (diathèse oxalique) او من رمل الكلية كما وقع لألباران في مريضة كانت مصابة ببيلة دموية شديدة فخزع الكلية فشاهد ان الحليمة تحتوي على بعض مواد صلبة فقشرها باصبعه واغلق الجرح فشفيت المريضة

الاسباب الالية : ليست هذه الاسباب الا مساعدة فالكلية المهاجرة مستعدة للالتهاب اكثر من غيرها كما اثبت ذلك شلنغ (Schelling) ودبولافوا (Dieulafoy) . وقد يكون التهاب الكلية المصاحب لبيلة الدم اثرأ لرض بعيد وقد تنجم بيلة الدم من المشد لان المشد يرض الكلية بضعطه اياها رضاً مستمراً ومديداً وقد شاهد روزنيغ في احدى مريضاته التي كانت تشكو بيلة الدم اثرأ لانطباع الضلع الثانية عشرة في الكلية وقد تنجم بيلة الدم ايضاً

من انضغاط الحالب بالأورام الحالبية او اورام ملحقات الاعضاء التناسلية في النساء او من الحمل (مارسن)

الاعراض: بيلة دموية وآلام قطنية وقد تكون البيلة الدموية عرض هذا المرض الوحيد . وللبيلة الدموية هذه صفات خاصة فلا يؤثر فيها التعب او الراحة، غزارتها مختلفة ومدتها ايضاً فقد تستمر بيلة الدم اياماً او اسابيع او أشهراً وقد ذكر غيون حادثة بيلة دموية استمرت سنة كاملة اما الألم فيسبق البيلة الدموية او يعقبها او يصاحبها يستقر في الناحية القطنية وينتشر لأمكنة مختلفة وقد يحدث القرع او الجس وقد لا يكون له اثر او يبدو كثقل ليس غير

فصص الكليتين الوظيفي: لا يظهر هذا الفحص فرقاً هاماً في وظيفة العضو في فرتبة آمبار طبيعية واختبار الفنول فتلاين طبيعي ايضاً .

وللبيلة الدموية في هذا النوع صفة هامة وهي انها تأتي دفعة واحدة فتلون البول بلون متجانس ولا تشترك بتكوين علقات دموية . وهذه الصفة هي من اهم الصفات التي تساعد على معرفة نوع التهاب الكلية . ويعتقد مريون ان الخثر الدموية في البول دليل على ان الافة ليست من النوع الذي نحن في صددده اما التفسير فلا يختلف عما هي عليه في الحالة الطبيعية الا قليلاً فلا تتجاوز كمية الآحين ٠.٤٢٠ - ٠.٥٠ في اليوم وسببها وجود الدم لذلك يلاحظ في الغالب ان كمية الاحين متناسبة مع غزارة الدم اما مقدار البول فهو كما سيفي الحال الطبيعي بين ١٥٠٠ - ٢٠٠٠ في اليوم وقد يرى فيه حين فحصه فحوصاً مجهرية بعض بلورات الحمضات او البولاة وبعض اسطوانات زجاجية او دموية

وتكشف فيه أحيانا كريات بيضاء وبعض خلايا بشرية وجراثيم بسيطة سلبية التفاعل في غرام

الأمراض وسبب البيلة الدموية

هل البيلة الدموية ناجمة من آفة في الكلية أم من سبب آخر ؟

اننا نعتقد على الرغم من الآراء المتضادة في ان سبب البيلة الدموية موضعي لان الكلية تبدو مصابة بأفات كافية على الرغم من بساطتها لإحداث النزف فقد شاهدنا في أكثر الكلى التي فحصناها فحوصا نسيجيا ان بعض العروق كانت متصلة مما يجعلها قليلة المرونة وسهلة التمزق متى داهمها احتقان وان يكن بسيطا . الا ان هذا التعليل وان يكن منطقيافهو غير كاف اذا لم تعضده مشاهدات نسيجية حقيقية وهذا ما سعيانا الى اظهاره ووقفنا لإثباته كما سنأتي على ذلك في البحث الخاص بتشرح هذا المرض المرضي

اما مارش فينسب هذا النزف الكلوي الى سبب عصبي وهو تنب الاغصاب الحركة للاوعية الشديد وقد نسبها بعضهم الى اضطراب في الضفيرة الشمسية والعصب الودي هذا واننا لا نرى ان الرأي السابق موافق للصواب تماما لانه لو كان الامر كذلك لما وقع النزف من الكلية وحدها . على اننا نعتقد ان لأغصاب الكلية نفسها اثرأ في هذا الحادث فقد رأينا ان اغمد الاغصاب الكلوية في الكلى المصابة ببيلة دموية متكثفة

التشخيص : لا يجوز الحكم بان البيلة الدموية ناجمة من التهاب الكلية الذي نحن بصددده الا بعد نفي الامراض الدموية الحديثة للنزف او الالتهابات الكلوية العادية او غير ذلك من الامراض العصبية او الباطنة الحديثة للنزف . الخ

يعرف منشأ البيلة الدموية بالفحص بمرآة المثانة وقترة الحالب وإذا كان اجراء الطرق الاستقصائية المذكورة غير ممكن وحب خزع المثانة وقترة الحالب او خزع الكلية المشتبه بها والاستقصاء فيها ويجب الالتجاء في كل حال الى العلامة التي بينا اهميتها وهي خلو البول من الحثر الدموية في البيلة الدموية الناجمة من التهاب الكلية المذكور خلافا لبيلة الدموية في سرطان الكلية او غيرها من الامراض .
ومما يساعد على التشخيص هو استمرار عمل الكلية الوظيفي وعدم اضطرابها الا قليلا وجودة الحاله العامة



الاستفقاغ (phlycténothérapie)

لسائل الفقاعات المحدثه بالحراريق (vésicatoires) فوائد جمة اثبتها ب. لاسابلير (P.Lassablière) :

- ١- ينشط فعل البلعنة ويزيد عدد الكريات البيضاء .
 - ٢- فيه خواص تهب المناعة
 - ٣- لا تنجم منه حوادث الصدمة ولا التنوء
- استعمل في سل الرئة فزالت الاضطرابات بنسبة ٥٠ في المائة وفي الزهري فعاد تفاعل واسرهان سلبياً بنسبة ٣٣ في المائة
ولما كانت هذه الطرق الدوائية بعيدة عن الخطر فهي جديرة بالاختبار
كيف لا والسريريّات قد اثبتت فائدتها
ش . م . ش

تضيقات الاثني عشري المزمنة الناقصة

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر -

ابحث اليوم في موضوع لم يعرف امره معرفة جلية غير ان اعمال دوفال وتلامذته في فرنسا قد اوصلت هذا البحث الى نقطة تمكن من اتباع تعاليمهم من الوقوف عليه ومن تشخيصه .

من المرضى من يعدون كصابين بسوء الهضم او بالرمال الصفراوية او بالتهابات الاثني عشري ولا تتجع فيهم المعالجات الدوائية وما هم الا مرضى يتألمون من الفرق تحت الكبد دون ان يتمكن الطبيب من اقرار آفتهم في احدي الاحشاء التي تتصالب في ذلك الفرق لغموض العلامات السريرية . تتصف آفتهم الناجمة من سبب آلي او افرازي بألم وانتفاخ مافوق السرة بعد الاكل وبغثيان واقياء صفراوية وتشوشات معوية كالاسهال الطعامي (prandiale) او القبض الذي يتناوب مع الاسهال .

وقد تكون الحالة العامة حسنة غير انها في الغالب منحلة لان وزن المريض يهبط هبوطاً تدريجياً ولان الشقيقة ووهن القوى يضعفان المريض وربما اعتري بعض المرضى انحطاط عصبي فقادهم حتى الاختلالات العقلية . ولا تبدو اقل علامة بالمعاينة المباشرة ولا بمعينة عصارة المعدة والغائط والبول .

وكذلك القول في المعاينة الشعاعية التي لا تبدي أقل آفة في الجدار ولا سرطانا ولا قرحة : فان رقب البواب يبدو طبيعيا غير ان بصلة الاثني عشري قد خسرت انتظامها فهي مشوهة وقد تبدل مقرها . فهي ترى امام المعدة او خلفها مع انها في الحالة الطبيعية لا تظهر مطلقا في المعاينة الجانبية . وقد تنطبع المرارة على الصفيحة الحساسة . وربما تشوش القطعتان الثانية والثالثة ايضا فكلتا ضيقتين او مشوهتين او ممدتين . ويصعب تمييز قطع الاثني عشري الاربع الطبيعية . واذا اخذت رسوم متسلسلة لا يبدو المنظر واحداً خلافا لما هو عليه في القرحة بل يتغير في الشخص نفسه بتغير وظيفة الاثني عشري . والجدار سليم غير انه يقاوم عائقا ويجرد في التغلب عليه ويرى على الدرئية هذا المشهد الذي يدفع به الاثني عشري بشدة محتواه الى الصائم فاذا بالعائق يصده عن المرور واذا بالمحتوى يعود نحو البواب فيعود الاثني عشري الى دفعه بشدة حتى يأتي الزمن الذي به يتغلب الاثني عشري على العائق فيجتاز المحتوى هذا المكان الضيق . ومقر هذا الضيق يكون تارة في الاثني عشري على قطعة ما فوق رباط الكولون وطوراً على القطعة ما تحت هذا الرباط وآونة على القطعتين معا . وهذا الضيق ناقص تعينه المعاينة الشعاعية اكثر من المعاينة السريرية وهو ناجم من الحام او وعاء . وسبب هذه الحجم التهاب ما حول الاثني عشري (péritrudénte) الذي تنوع اعراضه بتنوع مقر الضيق ولا بد في وصف هذه الافة من الكلام عن قطعة ما فوق الرباط الكولون وعن القطعة الواقعة تحته كل على حدة . ولكن ما عسانا نرى في اثناء العملية ؟

فوق رباط الكولون : ربما بدت التصاقات متنوعة شبيهة بالشرع ممتدة

من المرارة او الكبد او الكولون او رباط الكولون الى القطعة الثانية من الاثني عشري . وكثيراً ما يكون الرباط المراري الاثني عشري او المراري الاثني عشري الكولوني مشدوداً فيولد زاوية شديدة بين القطعتين الاولى والثانية من الاثني عشري او يلجم القطعة الثانية فيشوهمها ويضيقها فهذه اللجم هي لجم حقيقية مضيقة ضاربة الى الايضاض مشدودة كأنها اوتار الكمنجة شبيهة باللجم التي نرى كثيراً منها في الانسدادات المعوية المستقرة في الناحية السفلية الاغورية مع التهابات المساريقا الشاذة المنتشرة .

وتكون هذه الالتهابات حول الاثني عشري النهاية او ولادية وربما اجتمع السببان في احداثها .

التهابة: تنجم من اصابة الاحشاء المجاورة بأفات عارضة : التهابات الكولون ، التهابات المرارة ، التهابات ما حول الاثني عشري التي ترافق الرسل الصفراوي في الغالب وتعلل استمرار التشوشات بعد استئصال المرارة او تصاحب التهابات الاحشاء البعيدة كالتهابات الزائدة وسواها .

تنصب مجاري الزائدة البلغمية في العقد المساريقية السفلى والوسطى والعليا ثم تسير منها اوعية اخرى فتتنصب في العقد الواقعة بين قطعتي الاثني عشري الثانية والثالثة ومنها ما ينصب في العقد المرارية والمعنككية (البسكريباسية) كأنها شبكة تستحيل لجماً او التصاقات متى التهمت . فهذا يعلل لنا شفاء بعض الناهبين الى الاستشفاء في مياه فيشي بقطع الزائدة .

ولادية او اسبابية: قد تكون حين الولادة فتوقع في الخطأ ويظن انفس هناك ضيق البواب الضخامي لان اعراضهما واحدة غير ان الولد متى كان

مصاباً بضيق البواب الضخامي تأخر ظهور قيئه أكثر مما لو كان مصاباً بالتهاب ما حول الاثني عشري . فالأقياء التي تظهر حين الولادة يجب ان تسبب والحالة هذه الى التهاب ما حول الاثني عشري .

وربما ظل التهاب ما حول الاثني عشري الولادي سنوات عديدة مستتراً دون ان يظهر بتشوشات واضحة ولكن اذا طرأت آفة عارضة او تفاعل التهابي موقت او وهنت عضلة المعدة اشتد الضيق فظهر بعد ان كان مستتراً . ويميز دوفال ثلاثة اوقات لهذه التظاهرات : يوم الولادة ، بعد الولادة بست او سبع سنوات ، بعدها بزمان مديد اي في زمن الكهولة . والعلامات فيها واحدة اذا استثنينا الزمن الذي تبدو به الآفة . يظهر الألم في الناحية الشرسوفية بعد الاكل بساعتين او ثلاث ساعات ويستمر ما زال الاثني عشري لم يفرغ محتواه . ثم يزول ويمكن المريض من مزاوله اشغاله غير ان الألم يعود الى الظهور بعد طعام المساء وكثيراً ما ينتهي بالقيء ليلاً .

تحت رباط الكولون : التضيقات الواقعة تحت رباط الكولون والمستقرة في قطعتي الاثني عشري الثالثة والرابعة على ثلاثة انواع : التضاقات النهائية ، التضاقات ولادية ، تضيق مساريقي وقد تجتمع كلها معاً .

فاذا كانت النهائية او ولادية ظهرت كما يظهر التهاب ما حول البصلة فهي خضب او لجم يستحيل وصقها . غير ان مشاهدة نموذجين معروفين جيداً منها مستطاعة كل الامتطاعة : أ - غشاء مايو (Mayo) الذي بعد ان يسير من رباط الكولون يأتي ويصالب الزاوية الاثني عشرية الصائمية . ب - لجم تسير من الكولون الصاعد والحلب الجداري الخلفي وتصبعد على قطعة الاثني عشري

الثانية وتضيقتها في عدة نقاط^(١)

وقد تشاهد أيضاً أنواع مشتركة : التهابات العقد البلغمية والتهابات ما حول الاثني عشري

ويظهر ان الاعراض في النوع الواقع فوق رباط الكولون اخف ما هي عليه في النوع الواقع تحته ، فالألم اقل ويشعر به في يسار السرة أكثر من الناحية الشرسوفية والاقياء صفراوية غير ان التشوشات العامة الناجمة من التسمم اشد والانزعاج والانتفاخ بعد الطعام لا يتبدلان بتغيير وضعة المريض كما سنرى في الشكل الماساريقي .

ينجم الضيق المزمن في القطعة الثالثة من الاثني عشري بذب الماساريقا من انضغاط هذه القطعة الاثني عشرية على السطح العميق الوعائي الفقري فان القطعة الثالثة تمر في فرجار مؤلف في الورا من الوتين (aorte) الملاصق للفقار وفي الامام من الماساريقي العلوي . ولا يظهر على الاثني عشري في الغالب سوى اثر طفيف لمزور هذا الوعاء فاذا انطبق هذا الفرجار الوعائي دخل الشريان الماساريقي الى الباطن فنجم من ذلك توسع في قطعة الاثني عشري الواقعة فوق الفرجار وقد يصل التوسع حتى المعدة . فهذا ما يحدث في الانضغاط الحاد . المسى بتوسع المعدة الحاد التالي للعمليات . ويعمل بقصر الماساريقا التي يشدها ثقل العرى المعوية الدقيقة . وربما سبب شريان آخر هذا الضغط نعتني به شعبة الشريان الماساريقي الاولى او الشريان الكولوني العلوي الأيمن

(١) (دروس طبية وشعاعية وجراحية عن الاثني عشري لبطرس دوفال وزو وبكلادر

(ماسون سنة ١٩٢٤)

الذي يمر في الحالة الطبيعية أفقياً امام قطعة الاثني عشري الثانية فاذا هبطت زاوية الكولون كثيراً رافقتها قطعة الاثني عشري وعادت مائلة الى الاسفل والامام وقد تكون محاذية لجذع الشريان الماساريقي وتولف شعبة الفرجار الامامية الضاغط كما ألفها هو بدوره .

ومتى تم انضغاط قطعة الاثني عشري الثالثة حدث توسع كبير في الاثني عشري الواقع فوق الانضغاط مرئي فوق رباط الكولون المعترض . فاذا رفع الكولون المعترض بدا توسع كبير ولا سيما عند الزاوية الكائسة بين القطعتين الثانية والثالثة ممتد حتى الماساريقا نفسها ثم ينقطع هذا التوسع فجأة في يسار الماساريقا فيعود الاثني عشري الى قطره الطبيعي . فاذا رفع حينئذ الذنب الماساريقي بالاصبع انفرغ محتوى الاثني عشري في الصائم .

ان هذا العرض واضح في هذه الحالة كل الوضوح حتى ان التشخيص ممكن بدون رعاية : ١ - يمر الطعام في الغالب جيداً ولا يقيء المريض الاغذية التي يتناولها بل يقيء في الليل قيئاً صفراً أو بياً غزيراً . ٢ - ان المرضى الذين يكون انضغاطهم ناجماً من الشريان الماساريقي يخف ألمهم متى دبوا على اطرافهم الاربعة نحو الناحية على بطونهم او سجدوا . فهذه الموضع هي المعالجة الوحيدة التي تكافح فيها التنبؤ . لان المعرى المعوية تقع خاضعة لقانون الجاذبية . فينفرج الفرجار الشرياني ويزول الضغط ويزول بزوال الألم والقيء .

فزال هذه العلامات باتخاذ هذه الموضع كاف للتشخيص ولتمييز هذا النوع من الانضغاط عن الاشكال الناجمة من التهابات ما حول الاثني عشري التي لا تزول اعراضها بتبدل الموضع .

وقد يحدث اسهال غزير عوضاً عن القيء متى كان العائق مشدوداً فتتم الصفراء وتسبب الاسهال مباشرة .

ولا بد من القول بان ركود المواد الغذائية في الاثني عشري يسبب بعض التسمم فيشكو المرضى اضعاث احلام وآلام رأس وشقيقات مزعجة .

فهذا التسمم ينجم من ركود المواد الغذائية في الاثني عشري: فان المواد لا تستغرق في الحالة الطبيعية الا بضع ثوان لكي تتجاز الاثني عشري واما متى ظهر الضيق اصطدم محتوى الاثني عشري به فتحدد هذا المعى وارتسم على الدريئة ارتساماً يبعد وقوعه في الحالة الطبيعية . وهذا ما يدعوا الى نقص وزن المريض وتضعضع قواه نقصاً تدريجياً وكذلك القول في نشاط الجسد وقوة العقل فانهما يضعفان ضعفاً تدريجياً ولا يلبث المريض ان يصاب بالخور (neurasthénie) و يبلغ منه درجة مزعجة وكلما كان مقر العائق منخفضاً كانت حالة المريض اسوأ .

وقد بين الاختبار هذا التسمم المزمن او الحاد الناجم من الاثني عشري فان محتوى الاثني عشري هو الذي يسمم الحيوان المختبر به غير ان اسباب التسمم لا تزال غامضة . فمنهم من يقول ان المواد السامة يفرزها الاثني عشري بشكل هيولوزات (protéoses) سامة وان الانسداد يسهل امتصاصها او يقلل خاصة انتقاء الغشاء المخاطي لها .

ومنهم من يقول ان التسمم ناجم من فساد السوائل المنحجسة في الاثني عشري بجراثيم محللة للهيو لينيات (protéolytiques) كولز بما اشترك السنين في الأمر . ومهما تكن الحالة فالتضعع هو لاء المريض وأجيب فان بعض هذه التشوشات

يزول بعد العملية ولا سيما الشقيقة والاشتهاء يعود والمضم ينتظم وبعبارة أخرى نرى هؤلاء المرضى كأنهم بعثوا من الموت .

ولكن بماذا تقوم هذه العملية ؟

متى وقع التهاب ما حول الاثني عشري فوق رباط الكولون كان في معالجته نوعان من العمليات .

فاذا كانت اللحم الولادية حين الولادة او في الكهولة بسبب الضيق فكنت هذه الالتصاقات او قطعت وقد يكفي هذا . ويظهر الجدار بعد هذا التحرير ليناً غير مرتشح ويستعيد الاثني عشري شكله وقطره العادي غير ان الواجب يقضي بستر المناطق المعراة من الحلب بطعم ثري حر منعاً لهذه الالتصاقات عن العودة .

ومتى كان التهاب ما حول الاثني عشري التهايي المنشأ وجبت مفاغرة الاثني عشري بالاثني عشري (duodéno-duodénostomie)

ومتى وقع التهاب ما حول الاثني عشري تحت رباط الكولون كان لا بد من مفاغرة الاثني عشري بالصائم مهما كان جوهر ذلك الالتهاب لانها العملية الفضلى التي تجني منها الفوائد الحسنة وهي تقوم بمفاغرة العروة الاولى من الصائم بالعروة الثالثة او الثانية من الاثني عشري اما مفاغرة المعدة بالامعاء التي اجراها بعضهم فلا تفرغ الاثني عشري .

ويجب ان يكون مقر هذه المفاغرة الاثني عشرية الصائمية تحت رباط الكولون فوق الماساريقي السفلي او فوق الرباط او خلاله . وقد تقضي الحالة في بعض الاحيان بمفاغرة الصائم بالصائم الاكالية لكي يسهل سير المواد الغذائية .

وقد لاحظ بعض الاميركيين ان ركود الاثني عشري يؤدي متى طال
 العهد عليه الى احداث قروح بسيطة في انحناء المعدة الصغير وفي بصلة الاثني
 عشري . فيجب والحالة هذه متى فتح البطن لمعالجة قرحة المعدة ان يعاين دائماً
 الاثني عشري وينظر ما اذا لم يكن ضيقاً فيعالج الضيق بازالة مسببه . وتسهلاً
 لافراغ المعدة والاثني عشري في آن واحد يجب ان تفاغر المعدة بالامعاء
 لان يكتفى بمفاغرة الاثني عشري بالصائم فقط وان يتبدأ بالعملية الاولى
 ولربما قضت الضرورة ايضاً بمفاغرة الصائم بالصائم اتماماً للنتيجة .

واذا جعلت هذه المفاغرات المتعددة عروة الصائم تعرج تعرجات مزعجة
 لسير المواد الغذائية جازاهم^(١) اغرة الجانبية الجانبية والالتجاء الى مفاغرة
 غرغوار بشكل حرف Y الفري

هذه هي المعلومات الحديثة التي وصلت اليها جراحة الاثني عشري .



الجراحة في سياق السنة ١٩٢٧

« ٢ »

للحكيم مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية وسريرياتها

الدوينة

أ - ربط الوتين البطني : اعلن ماتاس مشاهدة من هذا النوع كان نجاحه فيها باهراً لان مريضته بقيت حية ١٨ شهراً بعد العملية الى ان طرأ عليها مرض فأماتها . وقد فتحت جثتها فظهر انها كانت مصابة بام دم الوتين البطني وربط ماتاس الوتين فوق ام الدم وربطين احدهما فوق الاخرى بشرائط قطن فلم ينقطع الدم انقطاعاً تاماً لان مرونة الشريطة سمحت لبعض الدم بالمرور وقد ثبت ذلك بعودة النفخة ونبضان الشريان الفخذي الى الظهور اما كيس الدم فقد تناقص تناقصاً تدريجياً ولم تظهر اضطرابات دورانية واضحة غير ان المريضة أصيبت بعرقيل عديدة (ذات الرئة ، ييلة آحينية) أخرت الشفاء .

وقد ظهر من فتح الجثة ان كيس ام الدم كاد يشفى وانه كان عدا صغير حجمه مملوءاً بخرثر كثيفة ملتصقة وان شرايين الطرفين السفليين كانت جميعها مفتوحة ما عدا الحرقفي الاصيلي الايمن الذي كان قد سدّ في كيس ام الدم . ان هذه النتيجة الباهرة تستحق ان تدون لان الحياة الطويلة يعيد ربط

الوتين نادرة فقد روى مونتارد احصاءاً كان عدد مشاهداته التي ربط بها الوتين ٧ منها ٤ بطنية و ٣ صدرية .

فبأب مريض منهم بعد العملية بانتهى عشرة ساعة لان الشريطة المعدنية جرحت الشريان فطراً نزف صاعق وموت . وراوحت الحياة في الستة الآخرين بين ٤٠ يوماً و ١٣٤ يوماً . وقد اعلن بعضهم حادثتين أخريين قطع بهما جدار الشريان دون ان يطرأ نزف صاعق وكان الوتين مربوط الوتين الصدري .
ب — استئصال الكظر في معالجة بعض التهابات الشرايين الطفلية : ان التهابات

الشرايين المسماة الطفلية (juveniles) والتي تصادف بين ٢٠ و ٣٥ من العمر ولا تصيب سوى يهود روسية مرض نجهل عنه كل شيء اذا استثنينا مشهده السريري (اختلالات الحس «paresthésie» العرج المتقطع ، تشوشات غذائية في القدم) اما معالجته فلا تؤدي الى نتيجة حسنة حتى ان البتر لا يقي المريض من النكس ولا من غفرينا الجذمور (moignon) ولا يفيد قطع الياف الودي (sympathectomie) حول الشريان اقل فائدة لان الشريان مسدود . وكذلك القول في استئصال قطعة الشريان المسدودة فانها لا تفيد شيئاً . فبعد ان جرب لاريش جميع هذه الوسائط ولم تسفر عن نتيجة عاد الى استئصال الكظر الايسر بعد ان وصف طرز اجرائه وصفاً حسناً . وعمل لاريش يستند الى فرضية فون اوبل وهي ان بعض الغفريات المسببة من التهاب الشريان في الطرف السفلي تجتم من تشنج شرياني مستمر سببه ازدياد الكظرين (الادرناين) في الدم وازدياد الكظرين الدموي نفسه بنجم من ازدياد نشاط غدي الكظرين . وقد نجح لاريش في خمسة من مرضاه فشفي ثلاثة

منهم ان لم يكن شفاءً تشريحياً لان اعادة الشريان الى الانفتاح بعد انسداد ما مر مستحيل فشفاء خلقياً (فسيولوجياً) لان الالام زالت والقروح نذبت والعامل المخثر وقف . ج - معالجة الدوالي وعراقيلها الجراحية : عادت معالجة الدوالي بالمحاليل المصلية الى الظهور بفضل سيكار وتلامذته بعد ان احتجبت زمناً طويلاً وقد استقبل الجراحون العديدون هذه الطريقة استقبالا حسنا بعد ان اتقن طرز اجرائها وانتخب السائل المحقون به وروعت مضادات الاستطباب فتخلص ظل العوارض التي كانت غيمة سوداء في افق هذه الطريقة وقد انقسم الجراحون قسمين ازاءها فمنهم من رغب في عدها المعالجة الوحيدة ومنهم من وقف حائلاً دون هذه الرغبة مع ان الحكمة تقضي بمراعاة الاعتدال لان خير الامور الوسط . ولان طريقة سيكار لا يجب ان ننسنا النتائج الباهرة التي جنيناها من معالجة الدوالي الجراحية التي لا يشوبها اثر من الخطر .

وقد نهى سيكار نفسه عن الافراط في استعمال طريقته وتحفظ في وضعها . ثم نشر اوار وجان وسولكار مقالة ممتعة ضافية فحصوا هذه الطريقة وتقدوها نقداً زهياً مبينين حسناتها وسيئاتها و اشاروا بفحص المريض فحصاً كاملاً ودقيقاً لمعرفة النوع التشريحي السريري المصاب به وقد توصلوا الى الاستنتاجات الآتية :
 ١ - تستدعي الدوالي الناجمة من هجوم الدم العميق حقن الرزم الصغيرة المنفردة بالمحاليل المصلية ، واستئصال الرزم الكبيرة التي بدلت نسجها استئصال تاما .
 ٢ - الدوالي الناجمة من هجوم الدم السطحي تستدعي سد الملتقى النهائي للصفافن الانسي بقطع القوس وربط شعب الوريد . قطع الصفافن الفخذي طبقات متى كان التوسع كبيراً وكذلك القول في دوالي الساق .

٣ — عودة الدم المشتركة تستدعي معالجة جراحية باستئصال الصافن
استئصالا كاملا . وقد اجرينا هذه العملية في مستشفانا العام وفي حالات كهذه
فكانت النتيجة حسنة للغاية .

المهراز العصبي

أ — اورام الدماغ : معالجة اورام الدماغ الجراحية رائجة في ايامنا الحاضرة .
وما من ينكر التقدم السريع الذي بلغه تشخيص هذه الاورام الدقيق ومعرفة
مركزها بفضل رسم البطينات والحقن الملونة ويعود الفضل الى دهرتل الذي
وصف وصفا مسهبا الطريقة الجراحية دون ان يهمل منها شيئا فقد نبه الى التخدير
الموضعي وقطع النزف قطعاً كاملاً والى آلات الحركة بالكهرباء اختصاراً للوقت
اللازم في فتح القحف والى تخفيف الضغط قبل شق الام الجافية والى اللطف
الذي يجب ان يتصف به الجراح في عمله على الدماغ والى تحرير الورم ببطء
وغير ذلك وبعد بران التخدير الموضعي وقطع النزف من العوامل الاساسية في
النجاح . ويقول بارسي سرجن ان المعالجة الجراحية هي الطريقة الفضلى على
الرغم مما في المعالجة الاشعاعية من النجاح .

وقد نشر دندي مقالة ضافية ذكر فيها ان قطع اقسام كبيرة من الدماغ في
المناطق الصامتة ممكن دون الحاق اي ضرر بالشخص توصلا الى مكان الورم .
وقد اورد مشاهدة قطع فيها القسم الاكبر من الفص الجبهي وفتح القرن الامامي
للبطين الجانبي توصلا الى ورم كان مستنداً الى الصفيحة الغربالية والجناحين
الصغيرين من العظم الوتدي . وذكر انه لم يعقب العملية اقل تشوش حركي
او حسي وانه رأى المريض بعد سنة فكانت صحتة حسنة

ب — معالجة الصرع الجكسوني : يقول لاريش مستنداً الى ٣٠ حادثة اتبناها سنوات عديدة ان دور الندبة الدماغية مهما كانت صغيرة اكبر جداً من آفات العظم والسحايا وان هذه الندبة غنية جداً باللحمة العصبية (névroglie) وانها لا تكفي وحدها لاجداث النوبة وانها تتأثر بتغيرات الدوران الدماغى تغيراً فجائياً وهو مناسب لاختلال موازنة السائل الدماغى الشوكى .

ويستنتج لاريش ان قطع الندبة وهو صعب فى الغالب ليس بالامر الواجب فى جميع الحالات وان الامر المهم انما هو المحافظة على موازنة السائل الدماغى الشوكى بحقن الوريد بالماء المقطر او بحقنه بحاليل متزايدة التوتر (hypertonique) والنتائج باهرة كما يظهر حتى ان لاريش يدعو الجراحين الى اتباع هذه الخطة ومتابعة هذا البحث عوضاً عن السير فى طريق استئصال الندبة لان الاستئصال لا يقي المريض من التكرار

ج — معالجة خناق الصدر الجراحية : منذ بضع سنوات بدأ لاريش وفوتتان بهذه المعالجة التي تقوم بقطع السلسلة العنقية حذاء القطب العلوي للعقدة النجمية وقطع العصب الفقري والاغصان الثلاثة الاشتراكية الخارجة من الحافة الوحشية للعقدة . ويدل احصاء فوتتان المشتمل على ٧٤ مريضاً اجرى لهم هذه العملية وظلوا تحت الرقابة ان ٤٢ منهم حصلوا على الشفاء التام و ١٩ تحسنوا او زالت عنهم الاعراض زوالاً موقتاً و ٥ لم يفلحوا و ٨ ماتوا في اثناء العملية فتكون النتيجة ان النجاح يتجاوز خمسين بالمائة .

وقد نقد مونو الطرق الجراحية المختلفة المستعملة فى معالجة خناق الصدر انتقاداً دقيقاً واستنتج فى النهاية ان عملية لاريش هي الفضلى مع اقراره بان

نتائجها ليست حسنة دائماً وان الحالة قد تشدد بسبب العملية الجراحية نفسها الامر الذي يدعونا الى التحفظ في اجرائها . فالمعالجة الجراحية والحالة هذه تعد المعالجة الاستثنائية غير انه يجب علينا على الرغم من خيبتها ومن الانتقادات التي وجهت اليها ان نثابر على درسها لان اسوأ ثلاثة تدعونا الى الالتجاء اليها :

١ - خيبة المعالجة الدوائية في بعض الحالات المستعصية والمؤلمة .

٢ - سلامة عملية لاريش التي حلت محل عملية جونسكو القاضية باستئصال

العقد والتي لا يخلو استئصالها من الاضرار بالقلب .

٣ - النتائج المشجعة الثابتة المجتاة من هذه العمليات في بعض الجراحين .

د - معالجة البهر الجراحية : لم تأت معالجة البهر الجراحية بما انت به معالجة

خناق الصدر من الفوائد . ومع هذا فان دانيالو بولو يشير بعد ان درس امراض

البهر درساً دقيقاً بقطع الطريق الحسي ويتخبط العملية التي اشار بها في معالجة

الحناق وهي قطع العصب الودي العنقي واحترام العقدة السفلى وقطع جهم

الالياف المتفرعة من العصبين التائه والحجري العلوي والمتجهة الى الصدر وقطع

العصب الفقاري وجميع الزروع التي تصل العقدتين العنقية السفلى والظهرية

الاولى بالازواج العنقية السادسة والسابعة والثامنة والزوج الظهري الاول .

وقد نجح لاريش وفونتان مرتين باستئصال العقدة النجمية اليسرى في

بعض النوب المستعصية . واما كرن فانه جنى تحسناً محسوساً بقطع الرؤوي

المعدي الايسر وهي عملية يستنكرها دانيالو بولو .

والحقيقة هي ان معالجة البهر الجراحية لا تزال بهمة فعلى الجراحين ان يثابروا

على درسها .

الآلات الأكثر استعمالاً في امراض جهاز البول

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ربما قضت الضرورة على كل طبيب ممارس وان لم يكن اختصاصياً في امراض جهاز البول بفحص مريض مصاب بأحد هذه الامراض فيترتب عليه ان يكون في محل معاينته من الادوات والآلات ما يمكنه من اجراء هذه المعاينة وان يكون واقفاً على بعض المعلومات ليفحص مريضه فحصاً حسناً ويشخص مرضه ويعالجه المعالجة الموافقة او يبعث به الى الاختصاصي متى رأى نفسه عاجزاً عن ذلك . وسأتكلم في هذا البحث عن الآلات الأكثر استعمالاً التي لا غنى للطبيب عنها

فالاداة الاولى التي لا مندوحة للطبيب عنها هي منضدة المعاينة وهي اداة غالية الثمن متى كانت مصنوعة في معامل الآلات الجراحية غير ان الطبيب الذي لا تمكنه حالته المالية من اقتناء منضدة كهذه يكتفي بصنع منضدة من الخشب ظهرها متحرك يعلو وينخفض مطلية بطلاء ابيض صقيل مثقوبة عند منتصفها ثقباً كبيراً في اسفله ممر كن تنصب فيه السوائل المستعملة ثم تذهب منه الى دلو ويجب ان يكون علو هذه المنضدة وعرضها مشابهيْن لعلو المنضدة الخاصة بامراض جهاز البول وعرضها . لان الطبيب لا يستطيع ان يفحص

مريضه فحوصاً دقيقاً الا متى ائامه على سطح قاس مرتفع ارتفاعاً مناسباً فعلى كل طبيب ممارس ان تكون في غرفة معاينة منضدة شبيهة بهذه المنضدة وان يتقنها حسب ذوقه وحاجته .

والاداة الثانية هي المغسلة التي يحتاج اليها ايضاً كل جراح وطبيب ويمكن بها من غسل يديه دون ان يمس صنوبرها يده

والاداة الثالثة هي بضعة اقداح اختبار ذات قدم او اقداح غبون لان لفحص البول الشأن الكبير في امراض جهاز البول فعلى الطبيب متى كان مريضه قادراً على البول ان يبوئه في اقداح ثلاثة ويجري هذا الاختبار وعلى الطبيب ألا يكفي بثلاثة اقداح بل عليه ان يقتني بضعة اقداح اخرى ليعيض عن الاقداح التي تكسر في الحال غير منتظر الوقت المناسب لمشتري سواها .

والاداة الرابعة قدح مدرج وهو مفيد لقياس ما في المثانة من المثالة .

والاداة الخامسة هي بضعة اقداح اختبار

والاداة السادسة هي قمع زجاج

والاداة السابعة هي ورق للتصفية وبعض كواشف: كحامض الخل وحامض

الازوت ومحلل فلهنغ

والاداة الثامنة هي قنديل كحول

هذه هي الادوات التي تمكن الطبيب من معاينة المريض وفحص بوله واستنتاج النتائج التي لا بد له منها في تشخيص المرض .

ولا بد للطبيب من اقتناء : أ — علبة معدنية فيها أطاثل (tampons) من القطن

معقمة في تنوراو في حمام احدا الخابراو المستشفيات لتنظيف صماخ البول بالماء

المعقم او بمحلول مطهر .

ب — زراقة (bock) سهلة التعقيم وانبوب مطاط ودائرة (disque) مطاطة واقية وعدد عديد من قنيات جانبه (لان هذه القنيات سريعة العطب) لغسل الاحليل — او اذا شاء الطبيب كان له ان يستعيز عن هذا كله بمحقنة مثانية لانها تفي الوظيفة نفسها . ومحقنة جتيل التي تسع ١٠٠ سم افضل المحاقن جميعها لانها سهلة الاستعمال والتعقيم .

ولا بد للطبيب من مستقصيات (explorateurs)

١ — مستقصيات لينة صمغية ذات طرف زيتوني وهي قضبان دقيقة منتهية بكرة زيتونية وظيفتها العلوق بالموانع التي تظهر في الاحليل او الشعور بالحصاة في المثانة ويكفي الطبيب المارس ان يكون عنده منها بعض مستقصيات اي رقم من كل ثلاثة ارقام مثال ذلك رقم ٩ و ١٢ و ١٥ و ١٨ و ٢١ و ٢٤ .

وتناسب هذه الارقام اقطار المستقطر (filière) وهو صفيحة معدنية مثقوبة ثقبوا مستعملة لقياس اقطار المستقصيات اللينة الصمغية والمطاطة في ثقبوها دون ان تحتك بها احتكاكا شديدا . وقد صنعت ثقوب هذا المستقطر على معال ثلث الملمتر فمعرفة قطر المستقصي تستدعي اذن قسمة رقمها على ثلاثة مثال ذلك .

الرقم ١	يعادل	قطره	ثلث الملمتر
الرقم ١٢	•	•	اربعة ملمترات
الرقم ٢٤	•	•	ثمانية ملمترات

وعلى هذا فقس .

٢ — مستقصيات معدنية وهي آلات معدة لمعرفة حصي المثانة والشعور

بها طرفها الاول مزوّى وطرفها الثاني منفوخ ينوب مناب المرنان (résonnateur) الذي يجهش صوت اصطدام الحصى بالمستقي . وهي مدرجة من ١ - ٤ فعلى الطبيب ان يختار المستقي (١) للاطفال والمستقيين (٢ و ٣) للكهول والمستقي (٤) للمصابين بالتهاب المثانة . وزاوية هذا المستقي الاخيرا كبر من زوايا المستقيات الاخرى تمكن الطبيب من الشعور بالحصى الواقعة في قعر المثانة خلف المثانة (البروستة) اكثر من المستقيات الاخرى .

ولا بد له ايضاً من مسابر (sondes) :

١ - مسابر مطاطة او مسابر نالاتون وهي سهلة التعقيم والاستعمال يتمكن المريض نفسه او من يلزمه من استعمالها بدون خطر غير انها تفقد قوامها وتعود خشنة متفتتة بعد مدة قصيرة وقد تكسر في اثناء القططرة وتبقى في المثانة وليس في طرفها سوى ثقب واحد وقطرها الداخلي دقيق يحتملها المريض الذي يحتاج الى منسار ثابت متى كان احليله حساساً اكثر من سواها نظراً الى مرونتها واذا استثنينا هذه الحالة رأينا ان الاختصاصيين بامراض البول لا يستعملونها .
والارقام الأكثر استعمالاً منها هي ٨ و ١٢ و ١٦

٢ - مسابر صمغية : تستعمل في المصابين بضيق الاحليل او ضيق المثانة المثانة . وهي انواع :

أ - مسابر طرفها زيتوني . الأرقام المستعملة منها هي ٨ و ١٢ و ١٦ للمتضيقين او المصابين بالتشنج .

ب - المنابر المعكزة (sondes béquilles) ارقامها ٨ ، ١٢ ، ١٦ ، ٢٠ للمصابين بضمخة المثانة ولا بد من الاتباء الشديد في استعمال هذه الآلات

الضلبة بعض الصلابة لانها لا تحتمل التعقيم بالغليان . ولهذه المسابر ثقبان في طرفها وقطرها الداخلي اوسع ويسهل بها افراغ المثانة .

٣ - مسابر معدنية : خطرة لم تعد مستعملة غير ان الطبيب الممارس يحتاج الى ان يكون بين آلاته المسبار الغليظ المعدني المستعمل في تفتيت الحصاة لسحب الكسارات لان هذا المسبار يفيد متى ربطت المحقنة بطرفه لاستخراج الحثر الدموية المجمعة في المثانة .

الشمعات (les bougies) تستعمل في توسيع الاحليل توسيعاً تدريجياً وهي مصنوعة من الصمغ أو المعدن .

ويستحسن اقتناء ثلاث شمعات خيطية عادية

ومن الشمعات ما هو زيتوني وارقامه من ٧ - ٢٣ وتبدئ بعد هذا الرقم الشمعات المعدنية او البانيكية نسبة الى مكتشفها . فعلى الطبيب ان يقتني منها من الرقم ٤٢ - ٥٦ او ٦٠ والمستقطر (filière) المستعمل هنا هو ضعفا مستقطر شريار (filière Charrière) اي ان الرقم ٤٠ من البانيكي يناسب الرقم ٢٠ من الشريار

ولا غنى للطبيب الممارس عن :

مديكي (mandrins) غيون احدهما منحن والاخر مزوئى لانهما يفيدان في التقطرة الصعبة .

خازع الصماخ (méototome) لتوسيع الصماخ متى كان ضيقاً
أما المقطرات (instillateurs) فليست ضرورية لان الحمايل الكثيفة تهمل يوماً بعد يوم وقد تجع منها عراقيل اذا لم تكن الايدي التي تستعملها قد تمرنت عليها طويلاً

وادخال هذه الآلات المتنوعة يحتاج الى مادة مزلفة (lubréfiant) وفضلي هذه المواد هي الزيت الغومولي الذي توضع منه في مخبار (éprouvette) طویل طبقة ثخانتها ستتمتروا وستمتران طافية على محلول حمض كيانوس الزئبق يغمس المسبار في هذا المخبار قبل استعماله فيخرج منه وقد دهن كله بالزيت الطافي على وجه الماء

ويحتاج الطبيب ايضاً ما عدا المحقنة الثانية التي جاء الكلام عنها الى محقنة تقطير وهي محقنة بومن المركبة من جسم مضخة مصنوع من الزجاج ومن اجاصة مطاط يسهل تعقيها .

ويحتاج ايضاً الى قديحات زجاج واقداح عين توضع فيها المحاليل التي يراد الحقن بها .

والى قفايز مطاط وغلافات اصابع ذات دائرة من طراز لاغواس الشرج وعدد من المراكز الزجاجية او المطلية لحفظ السوائل والآلات المطهرة او الملوثة ويجب ان تعقم جميع هذه الآلات تعقياً حسناً قبل استعمالها وان تنظف تنظيفاً حسناً بعد الاستعمال . وذلك بفرك الآلات المعدنية بشعيرة (brosse) وبغسلها بالصابون وبغمسها في الكحول وتنشيفها جيداً بعد ذلك قبل وضعها في الخزانة ريثما يأتي زمن استعمالها فتعقم بالغلي اذا لم يكن لدى الطبيب محم او تنور .

وتعقم الادوات المطاطية والمحاقن الزجاجية بالغليان اما المسابر الصغيرة فلا تجتمل الغليان فهي تغسل بالصابون باليد او بقطيلة قطن بعد استعمالها ليزول عنها الدهن الذي طليت به ويفسل باطنها بمحقة بالماء والصابون ثم تنشف جيداً

من الباطن والخارج بسلك حديد وقطعة من القطن وتعقم بالفورمول في انابيب دانوس (Desnos)

والافضل ان يقتني الطبيب محمين صغيرين خاصين بالفورمول احدهما للمسابر والآخر للقفافيز والالات . اما التعقيم بالفورمول والحرارة فيتم بعد ثلاث ساعات وذلك ان توضع في هذا المحم او في اناء سواء مغلق اغلاقا محكما وفيه بعض اقراص تريوكسي ماتي لان الى جانب الات ثم يوضع الاناء على مضباح كحول

واما التعقيم بدون حرارة فيستدعي ٤٨ ساعة

ويجب ان تعطى هذه التعليمات نفسها للمريض الذي يتقشطر بيده والآ . يسمح له بذلك الا بعد ان يريه طريقة التعقيم ممرض ماهر مدة من الزمن فتتقن جزا الطبيب الممارس هذه الادوات والآلات تمكن من استقبال زبائنه وفحصهم فحصاً حسناً . اما المعايينات التي يحتاج الى اجرائها فلا تستدعي تخدير الاغشية المخاطية .

والمحاليل المستعملة في امراض جهاز البول هي محلول فوق منفذات البوتاس وحض كيانوس الزئبقى ١ - ٤٠٠٠ ملون بمحاض البكريك ، وتتراة الفضة ١ - ١٠٠٠ - ١ - ١٠٠٠٠ والزيت الغوموني ١٠ - ٢٠ / تحفظ هذه المحاليل في قوارير زجاج وتستعمل حين الحاجة في الغسولات والتقطيرات المتنوعة . والافضل ان يصنع الطبيب محاليل كثيفة نسبتها ١٠ / . ويمدها بالماء المعقم حين الاستعمال . والغسول الحار او الفاتر افضل والطف واكثر تحملاً فيستحسن ان يكون لدى الطبيب مغلاة كزنية ولتذكر دائماً انه لا يجوز ان يغسل

بمحمض كيانوس الزئبق احليل شخص او مثاته متى كان يتناول اليودور لان هذا الملح يفرز مع البول ويتحد بمحمض الكيانوس فيتكون من اتحادهما حمض كيانوس البوتاس واليودور الزئبقي (iodure mercurique)
 اما الاختصاصي بامراض جهاز البول فعليه ان يكمل مجموعة مساهره وبانيكياته وان يقني خازع مازون ناف الاحليلي لقطع التضيق وبعض مساهره مبتورة الطرف ارقاما ١٤-١٦ .

وموسعات آية متنوعة من طراز كولن ومفتتات تستعمل ايضاً في استخراج الاجسام الاجنبية .
 وعلبة بطاريات للتحليل الكهربائي بالبانيكيات .
 ومراة لويس الاحليلية لانارة الاحليل الامامي
 ومراة احليل خلفية من نوع ماك كارثي أو هاتس بويه لانارة الاحليل الخلفي
 ومرايا مثنائية متنوعة للفحص والغسل والتهطرة ومنضدة خاصة بانارة المثانة وينوعاً كهربياً لانارة القناديل ومساوير لفتح الحالب
 ومحفنة لغسل الحويضة

ومناضد صغيرة (guéridons) لوضع الآلات عليها ورفادات عقيمة وغير ذلك

ومكواة كهربية وآلة كهربية سريعة التواتر (haute fréquence) للاستحراق (diathermie) والتخثير الكهربائي

ومجهر آو غزاة زجاجية لحفظ الآلات ولا بد لأي طبيب كان من هذه الخزانة وعلبة خاصة لحمل الآلات الى بيت المريض .

واما الاختصاصي بجراحة البول فعليه ان يقتني سوى ذلك الات الخاصة
 بجراحة المثانة والموثة والكليّة : موسعة لاغو وخافضة (depresseur) المثانة
 ومثبتة القطن (stabilisateur lombaire) ومناقش مزواة لسرة الكليّة والخ
 ومسابر مالكو (Malecot) وبزر (Pezzer) ومسبار فرايّه (Freyer) وانبوب مريون
 (Marion) ومسابر غبون المثانية وسدادات (fossets) زجاجية
 . ولا بد للطبيب من الاستعانة بالمخبر والاشعة فمتى كان الطبيب الاختصاصي
 مجهزاً بهذه التجهيزات جميعها تمكن من فحص مريضه ومعالجته بتروية طبقاً
 للقواعد المروعة في هذه الشعبة لان الانحراف عنها يعرض المريض للخطر
 والطبيب للخيبة .



مقتطفات حديثة

مترجمة عن جرائد الغرب بقلم الحكيم الاستاذ شوكة موفق الشطي

ك . روتكوفش K. Routkevitch : مداواة الحى التيفية بكلورور البار يوم

تدخل الحى التيفية في زمرة الامراض التي لا يحسر الطبيب على الحكم في عاقبتها او في سيرها ولا يملك فن الطب سلاحاً لمقاومتها الا بطريقة المداواة العرضية وذلك على الرغم من الجهود التي بذلت والاختبارات العلمية التي كرس الموءلفون قسماً عظيماً من اوقاتهم لها ولم تات المداواة باللقاحات او المصول بالفائدة المطلوبة

نصح البعض في هذه السنوات الاخيرة باستعمال مستحضرات اساسها حامض الصفصاف (سيليكيد siliquid) وصفصافاة الصودا. والستوماز (stomasen)

وصفك . في اطروحته ١٩٠٨ ملاح البار يوم فابان انها تزيد الضغط بتضييقها لقطر العروق وتنبه العصب الرئوي المعدي والعضلة القلبية وقد لاحظ ان كلورور البار يوم يفيد فائدة عظيمة في مداواة الحى التيفية على ان تكون العضلة القلبية سليمة وينصح باستعماله ثلاث مرات في اليوم وباعطائه بطريق المضم على الا يتجاوز المقدار ٠,٦ ثلاث مرات في اليوم (٠,١٨ اي ٠,١٠) ثلاث مرات في اليوم حتى يبلغ المقدار ٠,٥٠ ثلاث مرات في اليوم (اي ٠,١٦ غرام) . يستعمل العلاج سبعة ايام ثم يقطع ثلاثة او خمسة ايام. ويعاد استعماله

مرة ثانية، افاد كلورور البار يوم فائدة عظيمة وقد نجم منه في بعض الحوادث ازدياد في الحركات الحولية واسهال مع آلام حين البول وعسره وقد اضطر المؤلف الى تركه في مريض اخذ بقيء قيئاً غزيراً

لاحظ المؤلف ان المحمومين المعالجين بهذه الطريقة كانوا يتمتعون بصحة جيدة فلم تكن تبدو عوارض العفونة فيهم وكان اشتهاؤهم حسناً حتى انه كان يصعب على من يفحصهم فحصاً ظاهراً ان يظنهم مصابين بالحلى التيفية

اما القلب فكان يبطئ في الغالب فاذا اصيب بالاسراع وسمعت طليعة انقباض وجب ترك العلاج ولم يلاحظ ان له تأثيراً في الكليتين . وقد جرب هذا الدواء في ٣٥ حادثة فشفي منهم ٣٣ ومات اثنان احدهما من نزف غزير واثنيهما من ذات الرئة

.

اراء طلعت بك معلم الامراض الجلدية والزهرية في مستشفى

الكلخانة في مداواة بثرة الشرق (bouton d'Orient)

كانت الحرب العامة التي جيشت الجيوش وساققتها من بلدان الى اخرى سبباً في نشر بعض الامراض التي كانت محتصة باقليم دون سواء فانتشرت بثرة الشرق في انحاء لم تظهر فيها من قبل . وللاستاذ المذكور بضع مشاهدات اصبوا يثرة الشرق مع انهم لم يغادروا القسطنطينية ان بثرة الشرق ليست مرضاً خطراً غير ان ندببتها مزعجة تشوه المناطق التي تظهر فيها وقد تبدو في بعض الاحيان علامات تدل على انها ليست آفة موضعية فحسب بل قد تنتشر ذيفانات عوامها المبرضية (اللايشمانيا) في انحاء الجسد فتحدث حمى والتهاباً في الجلد وضعامة فيه

وقد يرافق البثرة تقيح العقد البلغمية والتهاب العروق البلغمية والتهاب
الاوردة والحمرة

تداوى بثرة الشرق مداواة باطنة او مداواة موضعية وقد جرب طلعت
بك مداواتها في العام الماضي ١٢٧١ استيوزان و ٦٦١ أنثيموزان وغير ذلك
من ملاح الاثمد (الانثيمون) فكانت النتائج حسنة ١٠ الا ان الممن بالمواد المذكورة
لا يخلو من محاذير منها فحش ائمان الملاح المذكورة واضطرار المريض الى استشارة
الطبيب مراراً عديدة وهذا ما حمل الاستاذ المذكور على التفيتش عن طبق
اخرى لمعالجة البثرة معالجة موضعية وعن افضل العلاجات الموضعية الناجمة

جرب تضميد بثرة الشرق بادوية مختلفة منها الحامض الفيني والسليني
والكحول وصبغة اليود وفوق كلورور الحديد وتحت فحمة الحديد وكلورور
الثوتيا وحامض الازوت والبوطاس الكاوي وفوق منغنة البوطاس والزئبق
الحلو واليودوفرم والاريستول والصالول والدرمانول والاكتوغان والكبريت
والكينين والكافور والامتين وزرقة المنيلى الى غير ذلك من الادوية ١٠ الا ان
ذلك كله لم يجد نفعاً لا في شفاء البثرة ولا في تحسين نديتها وتقصير مدة سيرها ٠
وقد شوهذ ان بثرة كويت بازوتة الفضة وكبريتة النحاس فتورمت واخذت
منظراً درنياً حتى انها كادت تلتبس ببعض الاورام ٠ ولاحظ طلعت بك ان
بعض الاهالي يعالجون البثرة ببعض ملاح الاثمد تدجيلاً فاخذ يتقصى في الامر
واستعمل كلورور الاثمد الثلاثي ٠ يستعمل هذا العلاج ممزوجاً باللانولين
بنسبة ١ - ٣٠ ٠

ولما كان هذا المرحم مخدشاً فقد نشأت في اطراف الجرح من استعماله ثرات

صغيرة عاملها المرضي المكورات العنقودية لذلك ارتأى ان يتناول مرهم كلورور
الاثمد الثلاثي مع مرهم حمض التوتيا فان التخديش المحدث من العلاج الاول
يزيله المرهم الثاني

استعملت هذه الطريقة في ٣٥ حادثة كانت تشفى في مدة ٢٥ الى ٣٠ يوماً .
وقد داوى شعبان بك حكيم امراض الجلد في مستشفى حيدر باشا وجواد
بك طبيب امراض الجلد في مستشفى جراح باشا فكانت النتائج التي حصلنا عليها
مماثلة للنتائج التي حصل عليها طلعت بك .
الضنك

بحث سريري عن الضنك لـ م . ساكورافوس (Sacorrafos)
اصاب الضنك في بضعة ايام ٤٠٠ ، ٥٠٠ شخص في اثينا عاصمة اليونان
وقد لاحظ ساكورافوس من تقصيه فيه ان هذا المرض لا يتخلو من خطر وان
دور التفريخ فيه قد يبلغ تسعة ايام وان المرض لا يبدأ فجأة كما ظن بعض
المؤلفين الا بمعدل ١٥ في المائة بل يبدأ بدعث (malaise) عام فصداع فقمه
(قلة اشتها) ، اللسان فيه ابيض ، الحمى فيه عرض ثابت قد تسبقها عرواء
تشبه العرواء البردائية . يختلف ارتفاع الحرارة بين ٣٨ ، ٥ - ٣٩ ، ٥ وقد
تصل وان نادراً الى ٤٢ . وقد صادف المؤلف مريضاً بلغت حرارته ٤٢ ° وكان
عدد نبضه ٧٠ في الدقيقة ، تهبط الحمى عادة في الصباح (بضعة اعشار فقط)
ويصحبها عرق غزير

وقد تنخفض الحرارة في صباح اليوم الثالث او الرابع فيخيل للمريض انه
قد شفي غير ان امله يخيب في المساء اذ يرى ان حرارته اخذت ترتفع . تستمر

الحى حتى مساء اليوم السادس فتبلغ الاربعين ثم تنخفض في اليوم التالي اي في اليوم السابع وتصل الى الحد الطبيعي فيتم البجران . إلا ان للبجران في هذا المرض صفة خاصة وهو انه بجران خادع يبقى المريض في اثنايه تعباً . وقد لا تهبط الحرارة الا هبوطاً تدريجياً فتستمر الحى حتى اليوم العشرين او الثلاثين إلا انها تكون خفيفة .

ولا يرقص النبض عادة كما ترقص الحى فهو لا يوافقها في علوها وانخفاضها وقد يرافق انخفاض الحرارة بطوء شديد في النبض يخيل للطبيب ان مريضه مصاب بداء ستوكس ادمس اذ قد لا يتجاوز عدد النبض ٤٠ نبضة في الدقيقة ويبدو المريض كأنه مغشى عليه ويجب ان ينتبه الى ابطاء القلب لانه يكاد يكون ثابتاً في الضنك وعلامة مهمة فيه

اما الآلام في الضنك فتأثت وتبدو بصداع جهبي مزعج وخرزة (lum-bago) والام عضلية في الرجا الفخذي وفي الفخذ كلها فهل هذه الآلام عضلية ياترى؟ كلا لان ضغط العضلات لا يؤلم ولكن الالم يبدو آتياً متى ضغط العمود الفقاري في الرجا القطني او ضغط العصب السيسائي فالآلام ناتجة من احتساسات مركزية منتشرة . وقد تصيب المريض زلة لآلام الصدر التي تشتد عليه

ويجب الاتباه عدا الحى والالام الى النفاط (exanthème) لانه عرض مهم ايضاً يبدو خفيفاً في اليوم الثالث ويشتد في اليوم السادس ويمتاز بانسه مختلف الاشكال . وينتهي النفاط بتونسف يدفع المريض الى الحك فيخشش جلده وقد ينجم من ذلك داء الدمامل (furoculose) .

اما الاعراض الهضمية فتأتيه ايضاً فاللسان ابيض وليس وسخاً والعطش زائد والشهية للطعام مقودة . وقد يصاب المريض بغثيان واقياء صفراوية . وليست الاقياء الدموية نادرة في هذا المرض .

وقد ينزف المعى او يعثري المريض رعاف وقد تنزف الاثني من رحمها ، القبض من اعراض الضنك ايضاً ، رائحة النجاسة ، الطحال طبيعي ، الكبد ضخمة قليلاً وقد يتلو الضنك يرقان يسير خمسة عشر يوماً او عشرون يوماً وتكشف في التفسر ملاح صفراوية وقد تكون الاعراض الكبدية شديدة فيظن ان هناك قولنجاً صفراوياً ، البول مشبع تارة ورائق اخرى وقد يغزر ويحتوي في الغالب على الآحين (اثر او كمية عظيمة ١٢-٢٠ غراماً في اللتر) وقد يكشف فحص البول فحصاً مجهرياً أسطوانات حبيبية وكريات خضراء ، نزول هذه البيلة الآخينية بعد مدة تختلف من ١٥ - ٢٠ يوماً على ان يحمم المريض ويستريح في فراشه .

لا يصاب جهاز التنفس باقل عرض من جراء هذا المرض الا بزلة ناجمة من آلام الصدر قد تقلد في بعض الاحيان عرض شينستوكس

اما الجهاز العصبي فيتأثر من الاثنان تأثراً شديداً فيهذي المريض ويخاظ وقد يطرأ على النساء نوب شبيهة بنوب الخور (هستيريا) ويجب الانتباه الى دور التقيء في هذا المرض لانه ليس نقياً تحقيقاً بل تسمة لمرض شديد .

وليس انتثار هذا المرض سليماً كما يظن فقد يموت المريض مغشياً عليه والطنك خطر في المضامين بالتهاب الكلية والداء السكري والشلل .

وما يزيد في خطورة هذا المرض التعب والافراط في شرب الاشربة

الروحية وقد يجهض الضئك الحاملات

المعالجة تقوم باستعمال ملينات في البدء والحمية الا عن اللبن الحائر في بلادنا

والليمونية (ليموناضا) والمعدتات والشبانيا

ولا حاجة الى اعطاء المريض اى علاج كان اذا كانت حرارته دون الـ ٣٩

ولم يشك' ألماً إما اذا زادت الحرارة عن الـ ٣٩ وكانت الالام شديدة فيجوز

ان يعطى ثلاث برشانات في كل منها

اسبرين ٠.٤٢٠

بيراميدون ٠.٤١٠

بنين (كافئين) ٠.٤٠٢

اما اذا كانت حالة المريض مضطربة وكان توتره منخفضا فيجب حقن

تحت جلده بالكظرين (ادرناالين) ووضع محفظة الجليد على رجا قلبه وتسكين

اضطرابه بتجرع اربع ملاعق كبيرة من الشراب الاقي :

برومور البوتاس ١٢ غراما

صفصافة الصودا ٨ غرامات

ماء النعناع ٥٠ اغراما

صبغة الستروفوس اربعون قطرة

ولاحاجة الى استعمال الكينين الا في البلاد الموبوءة بالبرداء حيث يخشى

من اشتراك المرضى ٠ اما الانزفة فتداوى باللاودية المعروفة ويفيد التخامين

(البتيوترين) في مداواة النزف الرخي فائدة عظيمة

ويداوى التعب والضعف العام في دور النقى بمقادير كبيرة من الستركنين

فيعطى المريض يوميا ثلاثة ملغرامات من الستركنين مدة ١٠ - ١٢ يوما

البزل القطني في حوادث الكهرباء

جلينيك (Jellinek) : أثبت هذا المؤلف منذ عهد قديم ان التيار الكهربائي يزيد سائل النخاع الشوكي متي مر في الجسم . وفكر استناداً الى رأيه هذا الى الاعراض التي تبدو في الكهرباء ناجمة من ازدياد الضغط في سائل الجمجمة وان الطريقة الفضلى لاتخاذ المريض من الموت هي البزل القطني وقد أيد مدعاه بوضع مشاهدات نوجزها فيما يلي :

الحادثة الاولى : رجل له من العمر ٣٢ عاماً تكهرب بتيار قوته ١١٠ فولت ففقد شعوره مدة قصيرة ثم تمكن من متابعة عمله الا انه شعر في اليوم الثاني بالآلام رأسية شديدة اجبرته على ترك عمله وقد مات بعد احد عشر يوماً ولدى فتح جثته تبين انه مصاب بوذمة شديدة في دماغه ونخاعه .

الحادثة الثانية : رجل له من العمر ٣٤ عاماً تكهرب بتيار متناوب قوته ٢٢٠ فولت مات في الحال . وقد ظهر من فتح جثته ان دماغه ونخاعه كانا متوذمين وان عروقه كانت محتقنة احتقاناً شديداً .

الحادثة الثالثة : رجل له من العمر ٢٥ عاماً مس تياراً كهربائياً من عيار ٥٠ فولت ففقد شعوره وانعش بالتنفس الاصطناعي الا ان امارات الموت العاجل كانت بادية على محياه لان تشنجات اختلاجية قوية جداً كانت تتابعه فبزل الحكيم المذكور قطنه فخرج منه سائل مدم فاستخرج منه زهاء ٣٥ سم^٣ فتحسنت حالة المتكهرب على اثر ذلك تحسناً كبيراً وعاش المريض بعد ان كان موته محققاً . يستدل من هذا ان البزل القطني هو خير علاج للبتركهربين

صيانة حياة لب السن

من خطر النخر العميق

للحكيم

نحلة ١٠ الصفدي

دكتور في طب الاسنان وجراحاتها

كثرت فيما مضى حوادث استئصال الالباب الحية للاسنان التي بلغ بها النخر منطقة اللب وقد تعددت حتى ان معظم اطباء الاسنان كانوا يفضلون نزعها في مثل هذه الحوادث لما كانت تتبعها من الامراض التي كانت تضطربهم الى ازالتها بعد حشو السن الدائم ، ومنهم من كان يستأصل الباب الاسنان بقصد ارساء دعامات لتثبيت الجسور في الفم .

اما اليوم وقد وصل فرع طب الاسنان الى ما هو عليه من التقدم والرفي فقد قل نزع الالباب واستئصالها في مثل هذه الاسباب كيف لا وقد عرفت اهمية اللب الحي فانه كما لا يخفى مقر الجملة الوعائية العصبية التي توزع الغذاء على السن ورباطه ولم تنحصر اهمية وظيفة اللب كما ظن الاقدمون في اعاشة السن وانماها فقط بل في اسباب اخرى متعددة اهمها حفظ ثبات السن مدة طويلة في الفك وحفظ قوتها ولونها وقد ثبت لعلماء الفن ايضا ان السن التي لا لب لها تشابه جسماً غريباً في الفك لا تلبث النسيج المحيطة به ان تتحلل انحلالاً تدريجياً فلا يطول بقاؤها في الفك كما لو كانت حية . فلو عمد كل فرد من اطباء

الاسنان الى استئصال الالباب لأي حادثة ترد اليه لم يعد لهذا الفرع اقل اهمية في عالم الطبابة . فيجب والحالة هذه على كل طبيب ان يسعى جهده الى المحافظة على حياة اللب وصيانتها من خطر النخر العميق بستره او تغطيته بمادة مانعة للفساد وغير نافذة للحرارة او سواها من المخزشات وتخليصه من ذلك الخطر الذي يهدده بمرض عضال اليم ينتهي بموته .

ان صيانة اللب ليست بالامر السهل الذي يتسنى لكل فرد من اطباء الاسنان اجراؤه على ان نجاحها متوقف على الطهارة التامة والالتقان الزائد مع المهارة الفنية بمعرفة امراض اللب واسبابها فتى توفرت هذه الشروط لدى طبيب الاسنان تكللت عملياته بالنجاح .

وقد ثبت للدكتور (ألر س . بست Elmer S. Best) بعد ان فحص فحصاً دقيقاً بالأشعة الكهربية كثيراً من الاسنان المصابة بنخر عميق قريب من اللب - ان من جملة الاسباب التي تعترض نجاح طبيب الاسنان في عملية تغطية اللب ووقايته في اكثر الحوادث ذات النخر العميق هي تكون طبقات كثيفة من العاج الثانوي (secondary dentin) الامر الذي يحدث تنبهاً شديداً يذهب بحياة اللب .

وقد تحقق أيضاً ان تكون طبقات قليلة منتظمة من العاج الثانوي في من بلنوا سن الرشد لا يؤثر اي تأثير مضر في صحة اللب . وقد ذكر يست أيضاً طريقته الخاصة في تغطية اللب بمقال نشر تحت عنوان (علامة النخر العميق بالقناة اللبية) اليك خلاصته :

» متى كان اللب سليماً ورغب في صيانتها من الخطر الذي يهدده - يوضع

الحاجز الصحي (Rubber Dam) على السن كما هو معلوم (وقد لا يضطر الى وضعه في بعض الحالات) ثم يقطع الزائد من ميناء السن ويزال العاج المتنخر بالمخاريف الحادة مع الحذر الشديد والتحفظ حين اجراء التغطية من كشف اللب لان اهمية هذا التحفظ ثبتت لدى الكثير من الاطباء وقد اقتنعوا بعظم اهميتها».

اما طريقة الدكتور (بست) فهي ان ترفع جميع المواد المتنخرة من العاج عن جدران الحفرة الجانبية لتظهر الجدران اللبية والمحورية وان تنظف الحفرة جيداً على ان يكون اللب محفوظاً بطبقة رقيقة من العلاج تمنع كلفه . ثم تسفل الحفرة جيداً بمحلول كلوراة الصودة الجراحي الفاتر او تمسح بالاسفنج ومدة هذه العملية (١٠ - ١٥) دقيقة ، ثم تنشف الحفرة ويوضع في قاعدتها مزيج كثيف مركب من التوتيا والمغنيزيا ومسحوق نترات الفضة والاوليجينول ويوضع بمسبار رفيع حتى يمس القاعدة تماماً ويمدد المزيج على ارض الحفرة بكرة صغيرة من القطن الجاف ثم تستعمل المخاريف لرفع ما يعلق منه على خافات الحفرة ، ويجب الانتباه التام الى نزعها عن اطراف اللثة اذا كان النخر عند العنق لان في المزيج نترات الفضة فاذا اعتني برفعه ولم يمس الحوافي لا يظهر على السن اقل تلطخ . ثم يغطى هذا المزيج باسمنت كلوريد التوتيا (zinc chlorid) الذي يفضل انواع الاسمنت الاخرى لان الرطوبة لا تنفذ فيه . وبعد وضع الاسمنت المذكور في محله يملأ ما بقي من الحفرة باسمنت حمض الفوسفات (oxyphosphate) ويفحص الاطباق بالورق الفضي الازرق ويقطع من الاسمنت حتى يعود الاطباق حسناً ثم يترجم بالسن ، فاذا لم يوجد ما يمنع هذه الاجراءات توضع

الحشوة الدائمة في مكانها بعد بضعة اسابيع .

ان خيبة مثل هذه العملية تنشأ من اهمال الشروط التي لا بد من مراعاتها وفقاً للفن . فيجب اذن ان يحافظ على الباب الاسنان التي ترجى حياتها من خطر النخر العميق . ويتم نجاح العملية اذا لم تعترضها احدى الال والعيوارض التي تنفي بالاشعة الكهربية . وقد استصوب هذه الطريقة بعد مسدة كل من مارسها وهي الآن المساعد الاكبر في الوقاية .

اما الدكتور غروف (C. J. Grove) فيستعمل علاجاً لتغطية اللب يركبه من مسحوق الاسمنت مع سائل مائية الكلورال ويصنع منه معجوناً جافاً . ويحضر هذا السائل بوضع اجزاء متساوية من مائية الكلورال والسعترول (thymol) وسحقها معاً في هاون فاطر فيتميعان ثم يمزجان مع مسحوق الاسمنت ويوضع هذا المزيج مباشرة في الحفرة فوق اللب بعد انتزاع الاقسام الرخوة من العاج المتضرر وتقيم الحفرة وتجهفها ثم يغطي اللب باسمنت النحاس الابيض : (white copper cement) لانه اقل تخريشاً من سواه .

والدكتور بكلي (Buckley) مزيج طبيعي كشفه حديثاً دعاه دنتينوئيد (dentinoid) اي (عاجي الشكل) او العاج الطبي الاصطناعي لوقاية اللب الحي ولحشو القناة الجذرية . فهذا المزيج مركب من فوسفات الكلس وكبريتاة البار يوم مع بعض مضادات العفونة كالسعترول والسعترول اليودي والاورتوفورم مع مادة راتنجية جامدة لاصقة . ونسبة فوسفات الكلس في هذا المزيج مغادلة لنسبته في العاج الطبيعي يمزج هذا المركب اما بكحول درجتها (٩٥) او بالكلوروفورم وتتصلب كتلته تدريجياً تصلباً شديداً وهي لا تتقل الحرارة ولا

تخرش ابدأ تتصف بكونها مضادة للتعفن وثابتة وتضاهي احسن المواد المستعملة في هذا الشأن . والمواد المضادة للعفونة المستعملة بها غير منحلّة في الماء وذات خواص مقوية وحين اجراء عملية التغطية لحفظ لب السن في الحفر العميقة النخر فانها لا تعقم العاج آتياً فحسب بل تنشط ايضاً منطقة الخلايا المولدة للسن (odontoplasts) وتعويمها ضد العاج الثانوي الذي قد يتكون نتيجة هذه العملية وتمهد السبيل لعمل العضوية الطبيعي الواقى . فسلامة اللب يستعمل هذا المركب المذكور وهو يحل محل العاج المتنخر الذي تلف بسبب التسويس . ومن المحقق ان هذه المادة سترجع على سواها من المواد الاجنبية كيف لا وقد ثبت ان في العاج الطبي الاصطناعي مواد مضادة للتعفن ومقوية للخلايا المصورة للسن في آن واحد .

واترك الان التفصيل عن مركب الدكتور بكلي وكيفية مزجه واستعماله ريثما يصلني واجربه بنفسى .



صحة العين

مستخلصة من دروس للاستاذ كاتونه بقلم الحكيم محمد اديب سردست

التنوير

لتذكر ان نور الشمس مركب من شععات موجتها بين ثلاثة اعشار
وثمانية اعشار الميكرون وهذه الاشعة هي اشعة الطيف (spectre) المرئية لكن هذا
الطيف المرئي يتأدى قطباه بشععات اخرى .

فإوراء الطيف المرئي هي الشععات المقدرة بعشر الميكرون وهي
الاشعة "فوق البنفسجي" وما بعدها الشععات الاورانية فالاشعة المحولة X الدقيقة
التي تخترق جزئيات الاجسام التي نعددها كثيفة وتجتازها مارة في كتلتها التي
تظهر لنا انها متجانسة .

وامام الطيف المرئي هي الاشعة تحت الاحمر المقدرة بـ ٧٠ ميكروناً ، وهي
شععات تتأدى بالتشععات الكهربائية والمهترزية (Hertziennes) التي قد يكون
طول موجتها عدة كيلومترات .

فالاحمر وتحت الاحمر هما اذاً في الطيف القسم الطويل والبطيء في
الوقت نفسه لان الضياء الابيض يشتمل جميعه كتملة واحدة فالموجات الطويلة اذاً
هي اقل عدداً في وحدة الزمن والمسافة من الموجات القصيرة على العكس من
الاشعة البنفسجية وما فوقها فهي تؤلف القسم القصير والسريع .

الاشعة المضرّة بالعين : كما ان الاهتزازات الصوتية الحادة السريعة يصعب
على الاذن تحملها يصعب ايضاً على العين تحمل الشععات البصرية السريعة أي
فوق البنفسجي فهي والحالة هذه مضرّة بها .

اما الاهتزازات الصوتية الرخوة البطيئة فهي اقل ضرراً من الحادة غير ان الاذن تحتلها ايضاً بصعوبة لانها واقعة عند حدّ الحس ، فهي تستلزم جهداً واتباعاً وتعباً ، وافضل الاهتزازات واكثرها تحملاً هي الاهتزازات الوسطى في الصوت والضياء واكثرها ضرراً هي الاهتزازات السريعة .

يجب اذاً ان نجتنب الضياء الصناعي الغني بالاشعة فوق البنفسجي قبل كل شيء ، وما كان منه غنياً بالاشعة الحمراء في الدرجة الثانية : فالتنوير بانبوب كارتز الذي يولد اشعة فوق البنفسجي يجب تركه وكذا مصابيح غاز الثنون (lampe à néon) او الارغون وجميعها يندر استعمالها

وكذلك القول في المصابيح ذات القوس الفولتائية التي تولد نوراً ابيض مثاقلاً فيه اشعة بنفسجية وزرقاء وفوق البنفسجي ، فهي مضرّة متعبة ايضاً لان نورها يتموج .

اما النور الكهربائي الخيطي المتأرجح فهو حسن ، على ان نجتنب منه المصابيح المسماة النصفية (الوت) ولا سيما متى كانت شديدة الحدة لانها تولد الضياء الابيض الغني باللون الازرق .

والخلاصة : افضل المصابيح هو المصباح الكهربائي المتأرجح المتوسط الحدة (٢٥ - ٣٢ شمعة) المعادلة لبعده الكتاب عن العين لان نوره ابيض مصفر ، واما اذا كان ينشر انعكاسات فيكون ذلك دليلاً على شدة جدته وعلى ان نوره ازرق بنفسجي اي ابيض والتنوير بمصابيح الزيت او الكاز حسن على ان يكون نوره جاداً وكافياً ولا ينشر حرارة على وجه القاري .

وضعة المصباح :

١ - يجب ان يكون الضياء محجوباً عن عين القارىء بدرئثة كثيفة تمنع النور عن اضاءة الوجه .

٢ - ان يكون الضياء وطياً يعلو وينخفض حسب الحاجة .

٣ - الاستضاءة بمصباح معلق بالسقف سيئة لان نوره ضعيف ولانه يضيء وجه القارىء وقد راجت منذ زمن المصابيح السقفية التي تعكس نورها على مخروط ابيض ثابت في السقف ومنه على الغرفة فضاء هذه المصابيح لا يؤثر في العين مباشرة بل يقع على الاقسام الجانبية ويضيء منضدة القارىء اعتنافاً ، يجب ان تكون هذه المصابيح قوية جداً لان الانعكاس يفقد النور كثيراً من حدته ، وهي اقل ضرراً من النور الذي يأتي رأساً من مصباح سقفي عادي غير ان وجه القارىء يكون في هذه الحالة معرضاً للنور

٤ - لا بد لكل شخص اذن من مصباح خاص به او لكل شخصين او ثلاثة اشخاص من مصباح متى كانوا مجتمعين اما التنوير المشترك في المدارس فلا يكفي في الغالب لان الادارة تراعي به جانب الاقتصاد

وانه ليوُسفنا ان نعلم ان الحسر «ميوبيا» والامراض العينية والزور (scoliose) ناجمة جميعها من سوء التنوير في المدارس والمعامل .

٥ - يجب ان تكون دائرة نور المصباح كافية : فلا نستعمل مصباحاً حسناً جميلاً مفضضاً ارتفاعه ١٥ سنتمراً ضئيل القوة ذا درئية صغيرة يفلت منها النور فيتبدد بعضه في الغرفة ولا تكون دائرة ضيائه على منضدة القارىء سوى ٢٠ سنتمراً مراعين سيف ذلك جمال الصنفة وغير ناظرين الى

الوجهة الصحية بل علينا ان ننظر الى دائرة الضياء لتكون كافية بالمقصود .
 ٦- يجب ان يكون الحاجب واسعاً في الاسفل ومسدوداً في الاعلى واذا
 تعبت العينان من ضياء شديد او غني باللون الابيض جاز استعمال منظرآت
 ملونة بلون اصفر برتقالي لانه الطف نور في الطيف او المنظرآت الموجودة في
 التجارة الخاصة بتوقيف الاشعة فوق البنفسجي .
 وعلى كل طبيب ان يفكر في امر الناشئة ويسهر على صحة عيونهم فيرشد هم
 اذا كانوا يجهلون الى القواعد الصحية التي تترتب عليهم مراعاتها ويحمل مديري
 المدارس والمعامل على تحسين الانارة اذا دفعهم حب الاقتصاد الى الاضرار
 بتلامذتهم وعلمتهم .

مراقبة المدارس

اسباب وضمة التلامذة السيئة : ١ - للضرورة أ - الحسر (موبيا) اكثر من ٣
 ديو بترى لان التلميذ لا يرى جيداً في هذه الحالة الا متى كان كتابه بعيداً عنه
 اقل من ٣٣ سم

ب - التفلطح (الاستجماتيزم) : يقترب بها الولد من الكتاب ليكبر الخيال
 ويستفيض ما نقصه من الوضوح .

ج - مد البصر : يرى التلميذ ، اذا راعينا النظريات ، عن بعد اكثر مما يرى
 عن قرب ولكن متى كان مد البصر شديداً اقترب التلميذ من كتابه ليكبر الخيال
 ٢ - يقترب البعض عيونهم من كتبهم دون ان يكونوا مصابين باقل عيب
 في الانكسار

أ - مجازاة للتقليد : يقلد رفيقه الحسير

ب - لان المنضدة منخفضة او المقعد مرتفع
ج - لان النور ضئيل او لان وضعته سيئة « اي لان يد التلميذ تستر
بظلها بعض اجزاء الكتاب

د - لكي يتقن التلميذ خطه ينام على دفتره .
خلقة (فيزيولوجية) العمل من مسافة ٣٣ سم : قوة المطابقة تعمل بـ ٣ ديو بتري
وهذا الانكسار الحركي « *dynamique* » يزيد على الانكسار التوازني « *statique* »
الثابت ويفيد في الرؤية عن بعد . طفل عمره ١٠ سنوات ، قوة مطابقتها تقدر بـ ١٥
ديو بتري وهي قدرته القصوى لانها لا تمكنه من العمل الا مدة وجيزة ، فاذا
كانت مدة العمل طويلة لا يحتاج الا الى نصف او ربع قدرة المطابقة فقط لان
عدد ديو بتري المطابقة الضروري يتزايد بسرعة متى قلت المسافة ، فهو يحتاج
الى ٤ ديو بتري لاجل ٢٥ سم و ٥ لاجل ٢٠ سم و ٦ لاجل ١٧ سم و ٧ لاجل ١٤
سم ، وكثيرون هم التلامذة الذين يصفون كتبهم على بعد ١٨ - ٢٠ سم
من اعينهم . ومن له من العمر ١٥ سنة لا تزيد قوة مطابقتها عن ١٢ ديو بتري
ومن بلغ ١٨ - ٢٠ سنة تهبط قوة مطابقتها الى ١٠ ديو بتري .

وكما تعب قوة المطابقة متى كانت الرؤية من مسافة قصيرة . كذلك تقرب
العينين احدهما من الاخرى تعب ايضا لانه كلما اقترب الشيء المنظور من
العينين جدت القلтан في التقارب بانقباض العضلات المستقيمة الانسية لتظللا
قادرين على رؤية ذلك الشيء . وفي هذا ما فيه من التعب المفرط الذي يوءدي
الى معص لان انقباضات العضلة المستمرة لا تحمل مدة طويلة . ويستقر هذا
الحس المزعج حس الانكماش في الجبهة متى كان التعب ناشئا من فعل المطابقة ،

وحذاء زاويتي الحجاج العلويين الانسيبتين متى كان سببه تقارب العينين .
فكل تلميذ يشكو تعباً في عينيه او انكشافاً في جبهته يجب معالته لانه يكون مصاباً بعيب في عينيه او متخذاً وضعة سيئة في اثناء العمل .
ولا ينحصر خطر شدة التقرب في اثناء العمل بالآلام التي تضطر التلميذ الى ترك عمله ، بل ان انقباض عمل التقارب انقباضاً شاداً قد يؤدي الى فرقان «dissociation» بين المطابقة والتقارب يؤدي الى الحول . عدا التبدلات في انحناء العمود الرقي الصدري والوضعات المعيبة الموقته او الثابتة والافات في نمو القوس «cage» الصدري وحجمه .

علاج هذه الاخطار : يقوم بجعل الولد بعيداً عن كتابه لا اقل من ٣٣ سم وان يكن في ذلك بعض الصعوبة ، بمراقبة المدارس مراقبة طبية دقيقة عادلة يقوم بها احد اطباء ولا حاجة الى ان يكون اختصاصياً بامراض العيون فعليه ان يلاحظ اثار المدرسة والتنوير وان يفحص عين الاطفال مرة في السنة على الاقل ولا يحتاج هذا العمل الى غرفة مظلمة او الى منظار عين بل يكفي بوضع التلميذ بعيداً عن لوحة الاحرف خمسة امتار لتخمن القوة البصرية (acuité visuelle) واذا لم تكن ثمت لوحة تكتب احرف ثخانتها مناسبة لمربع قطره ثلاثة ارباع السنتيمتر ويعد كل حرف عن الاخر زهاء ٢ سم ولا ترتب كترتب احرف الهجاء لئلا يعرف التلميذ الاحرف لتتابعها . ويجب ان تكون اللوحة منارة انارة حسنة والا يقع النور امام عيني التلميذ مثال ذلك يوضع التلميذ الى جانب نافذة واللوحة على بعد خمسة امتار الى جانب نافذة اخرى ، وتفحص كل عين على حدة بيتاً الاخرى تغلق براحة اليد وليس بالاصبع لانهما تضغط العين .

فمن لم تكن قوة عينيه البصرية طبيعية يجب ان يعهد بفحصه الى طبيب اختصاصي ليرى ما اذا كان محتاجاً الى منظرات (عويات) ام لا وعلى الطبيب ان يلاحظ مساحة المنضدة والمقعد وما اذا كانا ملائمين لوضعية التلميذ الحسنة وان ينتبه كل الانتباه الى التنوير .

الضياء نهاراً: يجب ان يأتي من نوافذ واقعة في كل من جهتي الدرس وان تسدل عليها سجف تمنع اشعة الشمس من الدخول واذا لم يكن ثمت سوى نافذة واحدة يجب ان تقع الى اليمين (للكتابة الفرنسية) اجتناباً لظل يد التلميذ اليمنى حين الكتابة المسطح الشفاف : يجب ألا يقل عن ثلث مسطح ارض الغرفة، ونعني بالمسطح الشفاف ليس مسطح الواح الزجاج على الاطلاق بل مسطح الالواح الحرة التي لا تظللها الرفاف المائلة وتحجب النور عنها قرب رفٍ مستند الى الحائط الخارجي وممتد من بدء الدرس الى انتهاءه يحجب النور عن جهة كاملة من جهتي الدرس فاذا كان لا بد من وضع هذه الرفاف اتقاء للمطر والريح وجب ان تكون نقطة ارتكازها فوق النوافذ وان تكون اجزاء هذه الرفاف المحاذية للنوافذ مصنوعة من الزجاج الثخين الشفاف غير ان الطريقة الاولى افضل .

التنوير الصناعي : سيء في الغالب اما لتقص في حذاقة المهندس او رؤساء

المدارس او لرغبة في الاقتصاد

نرى في اكثر الاحيان المصابيح معلقة بالسقف بساق ثابتة على ارتفاع متر او اكثر عن المناضد ، مع عاكسة تعكس نوراً ضئيلاً او نجد ان تقعر العاكسة متجه الى السقف فلا يصل من النور الى مناضد التلامذة الا جزء خفيف جداً لان هذا الطرز من التنوير يستدعي منبعاً قوياً من النور حتى اذا

انعكس النور الى السقف ومنه الى المناضد بقي منه ما يكفي على نسق ما نرى في
المخازن الكبيرة والمصارف وسواها

محاذير التنوير بالمصابيح المعلقة بالسقف : هي ان نورها الضئيل غير كافٍ
وبعيد عن الكتاب وان النور يضيء وجه التلميذ فيدعوه الى تقطيب حاجبيه
اجتناباً للنور الذي يقع على عينيه

ولا يخلو هذا الامر من الضرر متى طالت المدة وربما وقعت المصابيح فوق
رؤوس التلامذة فكانت كتبهم في الظل الناشئ من رؤوسهم واكتافهم
فالتنوير السقفي مضر اذن ويجب ان يستعاض عنه :

بالتنوير الفردي : مصباح كهربائي مركّز على ساق ثابتة على المنضدة ، او
معلق بجبل آتٍ من السقف الى ما تحت مستوى عيني التلميذ ومجهز بمحاجب
كثيف يرسل نوراً كافياً الى الكتاب . اجل أن تعيين مصباح لكل تلميذ او
عامل امر لا يخلو من الصعوبة في الممارسة العملية غير انه اذا عين مصباح واحد
لتلميذين او اربعة تلاميذ كان ذلك كافياً . لا تقوم وظيفة الطبيب بتشخيص
المرض ومداواته فحسب بل بتلقين النشء الجديد قواعد التربية وحفظ الصحة
وعليتنا ألا نهمل هذا الواجب .

الانذار : الوضعة السيئة وقت العمل سبب لآفات عينية وخيمة قد تؤدى
الى حسر متركٍ ينتهي بالتهاب الطبقة المشيمية المنتشر او انفصال الشبكية ، هذا
عدا الانزعاج الذي يشعر به طول الحياة وما ذلك الا لانه لم يحسن استعمال بصره
لتذكر ان عيوب الانكسار ومعدات المدرسة السيئة ولا سيما التنوير
الذي لا ينطبق على الفن هي الاسباب الاساسية التي تدعو التلميذ الى التقرب

في اثناء العمل فتمى راقبنا مدرسة او معلماً كان علينا ان نلاحظ وضعة التلامذة، لنقم بمهتنا العلمية والادبية حق القيام ولنفهم رؤساء التلامذة ومديري المعامل ان هذا الاقتصاد وخيم العاقبة يلحق الضرر الفادح بالنشء الجديد وبالأيدي العاملة ويؤخر المجتمع الانساني اجيالاً الى الراء . يشير كانتونه باستعمال ما يسميه لوحة الشرطة متى لم يكن عيب في الانكسار ولا خلل في مناضد المدارس ومقاعدھا وكان التلميذ يقترب من كتابه او دفتره الى اقفل من ٣٣ سم فهي تضطر التلميذ الى الابتعاد بعداً مناسباً وهذه الواسطة ابسط الوسائط واسهلها فهي خشبة لا يتجاوز عرضها عرض الكف مثبتة بحافة المنضدة تعلو الى ما تحت الدفن فلا يقوى التلميذ من التقرب ولو ابعد كرسية ، مع ان يديه حرتان ولنذكر ان بعض الاولاد يتصفون بالجبن او يخشون معلمهم فلا يجسرون على شكوى ما يشعرون به مع انهم لا يرون جيداً ولا يحسون بألم في عيونهم فغليظ ان نلاطف هؤلاء الاطفال ونحملهم على الاقرار ونراقبهم مراقبة دقيقة .

الحسر المدرسي

محدثه : ينتج من استظالة المقلة التي تفسد الانطباع فترسم خيالات الاشياء امام الشبكية، وهذه الاستظالة جزئية فهي تعادل زهاء ثلث ملمتر في حُسر درجته ديوبتري واحد .

والحسر مرض مزعج لا يلبث ان ينقلب مرضاً حقيقياً لما ينجم منه من الاختلاطات كنتزاق المشيمية والتهاباتها واقتلاع الشبكية الجزئي او التام ، كل هذا يعيد المريض عاجزاً عن تعاطي بعض الحرف

وليس للحسر دواء شاف بل هو يخف من نفسه كلما تقدم صاحبه سيقاً

السن كما ان اصلاحه ممكن بوضع عدسيات مقعرة تخفف عن المريض الانزعاج المصاب به دون ان تشفيه .

الاسباب : قطر كل من العينين موازي للآخر في الروية البعيدة ويتقربان في الروية القريبة ، وان تقلص العضلات الخاصة بذلك تساعد على استطالة العين فيزداد الحسر

فالعمل عن قرب هو اذاً العامل الكبير في الحسر
الحسر المدرسي حسب الاحصاءآت

شاهد كوهن اقل من ١ / ٥ من الحسرى في ٢٤٠ طفلاً عمرهم بين ٦ - ٨ سنوات ولم يشاهد كوب في بستان الاطفال ولا حادثة حسر وقد لاحظ فيه حادثة حسر واحدة في ٢٥٣ طفلاً في السنة التاسعة من العمر مع انهم واضعون منظرات وشاهد جينستوس حادثة حسر واحدة في ٢٠٠٠٠ ولد لم تزد اعمارهم عن خمس سنوات ونصف سنة وبوئيد غوس ان الحسر يزداد ازدياداً مستمراً من الصف السابع الى الصفوف الاخيرة ولاحظ كوهن ان معظم الحسر واقع في الصفوف العالية

في المدارس حسر خاص يفوق الحسرين الرضي والالتهابي .
تأثير الارث : شاهد موته في ٣٣٠ عيلة حسيرة ٢١٦ حادثة ارثية اي (٦٥ / ٠) ووجد غوس وجافال ان تأثير الارث اخف . يتقل الحسر من الاب الى البنت بمعدل (٨٠ / ٠) ومن الام الى الابن بمعدل (٧٩ / ٠) ويظل هذا التأثير حتى الذرية الثالثة وقد يتبع الحسر في انتة الى خط الارث غير المستقيم ولصحة الابوين السيئة تأثير في روية الاولاد ايضاً

الوقاية : تستدعي الوقاية من الحسر المدرسي ثلاث نقط أساسية :

١ - التنوير : في النهار - يجب ان يكون المسطح الشفاف ثلث مسطح ارض الغرفة دون ان يكون محجوباً بالرفاف والّا يكون التلامذة في زوايا القاعة المظلمة والّا تكون الشمس متجهة الى الكتب لان انعكاس الاشعة على العين يتعبها في الليل : التنوير المثترك بي ، وافضل منه التنوير الفردي لان الضياء لا ينيروجه القارئ وعينه ويجوز ان يستعمل التنوير المشترك في المدارس والمعامل متى وزع توزيعاً منتظماً لان ناشرات الضياء تستدعي نبوعاً من الضياء شديداً فهي تبدد منه لا اقل من ٤٥ ٪ / وهي عدا ذلك تحتاج الى عناية خاصة لان الغبار يعلق بها فلا بد من مسحها وتنظيفها مرات عديدة .

٢ - المسافة : يميل الاطفال الى الاقتراب من كتبهم وهو امر يجب نهيم عنه ، واذا لم يذعنوا كان استعمال اللوحة التي ذكرناها واجبا فهي تثبت بالمنضدة ويستند اليها ذقن الولد بعيداً عن كتابه ٣٣ سم . اما الاولاد الاكبر سنّاً فينبهون الى ذلك بوضع مساطر طولها ٣٣ سم امامهم ليتذكروا دائماً المسافة الملائمة لاعينهم

وكثيراً ما تكون المعدات المستعملة منبياً في الحسر فالمنضدة العالية تسببه والمنضدة القصيرة تعيد التلميذ محدوداً فعلى مديري المدارس اذن الا يجلسوا الولد في المكان المناسب لعلمه بل في المحل المناسب لطول قامته وقوة بصره

٣ - المتن (texte) : يجب ان تبد جانباً الكتب النقيقة الاحرف : السيئة الطبع الرديئة الورق وان يمنع التلامذة عن القراءة مدة طويلة لانها متعبة وان تكون ازمنة قراءتهم منقطعة لتستريح عيونهم .

ويجب ان يسهر النظر على التلامذة حين الكتابة لئلا يكتبوا وهم مستلقون على المنضدة لان هذا مضر جداً

إضرار الاصبع بالعين

ما من يجهل ان الاصابع التي نملك بها العينين وسخة وهي اكبر خطر عليهما هذا اذا تركنا الرضوض التي تحدثها فيها جانباً ولم نمر بها الابسرعة فكم من عين تنفقا بالانامل ومن عين تخلع باصبع تنزلق بينها وبين الجدار الانسي للوقب وقد استفاد اللصوص من هذا الامر فهم ييادرون فريستهم بما يسمونه ضربة الشوكة (coup de la fourchette) وهي انهم يوجهون الى الزاوية العليا الانسية من الحاجاجين سبابة يدهم اليمنى ووسطاها بينا الاصابع الاخرى تتجاز خط استواء المقلة ثم يثنون اصبعيهم ويدفعونهما الى الامام فتتخزع المقلتان وكمن الاصابع تصدم العين، فتخلع الجسم البلوري وتفصل القرنية وتزقها محدثة التوسع الحدقي الرضي ونزقا في الجسم الزجاجي والشبكية ونقتلع الشبكية .

والظفر يחדش القرنية فكثيراً ما نرى ان النساء وهن يحنن اولادهن يصبهن بخدوش قرنية لان هولاء الاطفال يدخلون اصابعهم في عيونهن فالاصبع عدو العين اللدود ليس لكونه عاملاً رضيعاً فقط بل لكونه ناقلاً للعفونة

واذا كان الشخص مصاباً بالسيلان ولوث اصابعه ببوله او بعد حقن احليله نقل الى عينيه حين دلكهما المكورات البنية (الغونوكوك) وكذلك القول في نقله لصديد خراج لمسه ولا سيما المكورات العنقودية (ستافيلوكوك) من دمل خكه فيضائب بعد بضعة ايام بشعيرة وينتجح الجفن ثم لا يلبث ان يحك شعيرته فيلوث بها مكاناً آخر من جفنه فتظهر شعيرة ثانية وهكذا دواليك

واحسن بيئة للتعفن هي زمن الصبا فقد يصاب بعض الشبان بسلسلة خراجات متتابعة لانهاية لها وقد تعم الدامل سطح الجسد جميعه فيخيل ان هناك تعفنًا عامًا مع ان الاصبع وحدها تكون السبب في تلقيح كل هذه النقاط كما اثبت ذلك كاتونه في امرأة فتية

وربما انقلب الدم جرة حميدة فكان ذلك دليلاً على شدة التعفن او تلوث فتحة غدد مابوميوس فتميح وتنجت منها برودة (chalazion)

وتلوث ايضاً المتحممة بالاصابع الوسخة فتحدث الالتهابات الحادة والخفيفة الحدة . وقد تكون الاصبع والظفر منشأاً للحمرة التي تظهر في زاوية الجفن او الانف او الشفتين ولا يخفى ما في الحمرة من الخطر متى كان الشخص نحيلاً او مصاباً بالداء السكري .

وقلما ينتقل داء الفطر الشعري وغيره من الفطور الى الاجفان او المتحممة بالاصبع . اما السل الجلدي (lupus) فينجم في الغالب من التلقيح بالازافور الملوثة بالبصاق او بأفة سلية جلدية او قيجية .

ولا ننس التراخوم هذا الداء المستعصي المستفحل في سورية فان الاصبع احد العوامل في نقله

فيترتب علينا نحن معشر الاطباء ان نرشد النشء الجديد الى حفظ هذه القواعد الصحية وان نوصيهم باحتتاب ذلك الأعين بالاصابع او حكامها بالازافور فنكون قد قنا بخدمة جليلة نحو الانسانية ودرأنا عنها عبداً لا ينجى من الامراض العينية التنفسية .

كتب حديثة

اطروحة الحكيم منير شيخ الارض

الحكيم منير شيخ الارض احد المتتمين الى معهدنا الطبي قصد الى الديار الغربية سعياً وراء العلم واحرز لقب حكيم في الطب من جامعة جنوه بعد ان كتب اطروحة عن الانتقال الصفراوي او اسناد المعى بالحصى الصفراوية ذكر في مقدمتها عميد جامعتنا الاستاذ رضا سعيد بك بكلمة طيبة واهداها الى المشتغلين في القضية العربية احياء وامواتاً

وقد قسم اطروحته فصولاً متعددة فبحث في الفصل الاول عن تاريخ هذه العلة وعمن درسها كشرک وغروس ولري وفان سفيتن ومكل ومونرو ومونود وليخ تومس ورنو ودراموند ومايو وويلسن وماروت وغيرهم من اساطين الطب وعن الاطروحات التي عالجت هذا الموضوع كاطروحة دوبرن سنة ١٩٢٠ ودرانيه سنة ١٩٢١

وبحث في الفصل الثاني عن اسباب هذا الانتقال وكثرة وقوعه وهو ينسبه في الدرجة الاولى الى الرمل الصفراوي ويقول انه يصيب النساء اكثر من الرجال وان وقوعه يكثر سيما في العقدين الخامس والسادس وقد يصيب نساء بلغن من السن عتياً بين العقدين السادس والثامن من العمر

ويعتقد ان لالتهاب المرارة والقولنج الكبدي في سوابق المريض اثرأ في احداث الانتقال وتناول في الفصل الثالث من الاطروحة البحث عن التشريح والحلقة المرضيين فقال ان عدد الحصى يختلف من واحدة الى ١٠ او اكثر من

ذلك . وذكر ان ريشو وجد ٢٦ حصاة

وقال عن حجمها ان حجم الحصاة قد يبلغ حجم بيضة الدجاج وقد تصبح الحصاة صلبة كالخجر وعن شكلها انها تأخذ شكلاً مضلعاً متى كانت عديدة واما متى كانت مفردة فتكون بيضية او مخروطية او هرمية وعن قوامها انه يختلف باختلاف تركيب الحصاة وهي تتركب من شحم الصفراء (كولسترين) فتفتت بسرعة او تحيط بنواتها هذه ملاح كلسية فتصلب وقال عن رؤيتها بالاشعة المحمولة ان الحصاة لا ترى بالاشعة متى كانت مركبة من شحم الصفراء وحده واما متى خالطتها ملاح كلسية فتبدو بالفحص الشعاعي واضحة جلية

وتكلم في الفصل الرابع عن الاعراض فقال انها مختلفة يمكن جمعها في شكلين الشكل الحاد او الانسداد الحاد والشكل المزمن او الانسداد المزمن تبدو الاعراض في انثى طاعنة في السن تدل سوابقها على قصور في كبدها فتشكو اولاً آلاماً مستمرة في المراق الايمن وقد ترافقها احياناً اعراض الرمل الصفراوي .

ويغلب ان تكون الانثى ذات صحة جيدة لا تشكو سوى سوء الهضم وامساك مزمن .

ومتى اتى دور السورة : كانت اهم العلامات الألم والغثيان والاقياء والامساك وانتفاخ البطن وتطبله واتساخ اللسان وجفافه واسراع النبض والتنفس وقلة البول والحصر وظهور الاحين والسكر في البول ولا سيما النيلة

وتكلم في الفصل الخامس عن تشخيص الانعقال وتشخيص سببه والطرق التي تؤدي الى معرفة مقره

وقال في الفصل السادس ان انذار هذا المرض سيء في الغالب
وتكلم في الفصل السابع عن المداواة فقال ان المعالجة الاساسية لا تقوم الا
بالطرق الجراحية ونزع الانسداد وما عدا ذلك يعد ملطفاً مسكناً وقد توصل
الى ذكر النتيجة الآتية :

ان انسداد المعى بالحصى الصفراوية امر نادر لا يصيب الا النساء الطاعنات
في السن اللواتي سبق ان طرأت على اكبادهن حالات مرضية .

تحتزم الحصى عادة في سيرها الطرق الطبيعية وقد تشذ عن هذه القاعدة
فتجتاز نواسير مرارية معوية اهمها النواسير المرارية الاثني عشرية

وقد نقف الحصى في احدى نقاط الانبوب الهضمي المتنوعة واهم محط
لرحيلها هو الموقع الواقع على بعد ٤٠ سنتيمتراً من المصراع الدفاقي الاعوري .
وقد تجتاز وان نادراً هذا المصراع فتصل حتى الشرج وتلقى منه . اما تشخيص هذه
الآفة فصعب جداً وانذارها فوخيم وطرق المعالجة تنحصر في الجراحة واحسن
الطرق الجراحية هي التي تقوم بخزع البطن فالمرى توصلاً الى اخراج الحصاة

وقد اردف اطروحة بخمس مشاهدات سريرية مفيدة جداً يستنتج منها مايلي :

ان عمر مريضاته الخمس كان يتراوح بين ٦٠ و ٥٠ اثنتان منهن كانتا مصابتين
سابقاً بجمالة كبدية ولم يشخص مرضهما بل ظن انهما كانتا مصابتين بانسداد المعى

وقد ماتت من مريضاته الخمس اربع ثلاث منهن بعد العملية الجراحية

نستنتج من هذه الاطروحة الجميلة عظم العناية الذي كابدته زميلتنا الجديد
في وضعها حتى انت ملمة بالموضوع من جميع اطرافه فنحن نهنته التهئة القلبية
الصادقة بدخوله ميدان العمل الطبي وتتمنى له حياة سعيدة تنسيه ما فاساه من

التعب في تلقي الدروس الطبية .

.....

خريجو معهدنا وحكومة العراق

بارحنا الى بغداد في شهر تشرين الاول لاطباء السادة صلاح الدين وصفي
وسهيل عابدين وسليمان عبدالواحد بطلب من حكومة ذلك القطر وهم
من خريجي معهدنا الطبي الذين نالوا شهادتهم هذه السنة فنحن نتمنى لهم
سفرأ سعيداً ونرجوان يخدموا القطر الشقيق بعلومهم الطبية وآدابهم
أجل خدمة .



مجلة المعهد الطبي العربي

كانون الاول سنة ١٩٢٨ م . الموافق لجمادى الثانية سنة ١٣٤٧ هـ

التهاب الاعور الحاد المتحولي

للحكيم ميشيل جراح المستشفى العسكري بدمشق^(١)

ترجمها الحكيم مرشد خاطر



كنا بحثنا في مؤتمر غند الدولي الصحي الذي عقد منذ غرة حزيران سنة ١٩٢٧ الى الخامس منه في آفات الاعور والمعى الدقيق في سياق الزحار المتحولي وقد جمعنا منذ ذلك الزمن حتى الآن بضع مشاهدات جديدة اثرنا نشرها لما فيها من الفائدة ورغبنا في ان ننبه افكار زملائنا الكرام ثانية الى هذه التظاهرات المرضية التي تشفى متى شخصت قبل ان تفوت الفرصة وعولجت بالمعالجة النوعية وحدها .

(١) عهد الى الحكيم تراوب احد اساتذة معمـدنا الطبي بانشاء جزء من مجلة امراض البلاد الحارة التي تصدر عن باريس وقد قام بمهمته حق القيام فانشأ جزءاً جليل الفائدة جمع فيه من مقالات الاطباء الوطنيين والفرنسيين في حلب وبيروت ودمشق ابجائاً شتى عن الافات الزحارية وقد رأينا ان ننقل الى العربية بعض هذه الابحاث لما فيها من الفائدة واننا ننشر الان هذه المقالة الاولى

فانا كانت الآفات التي يحدتها الزحار في القطعة الاخيرة من المعى الغليظ معروفة جيداً فليس الامر كذلك في الآفات الواقعة حذاء الاعور والمعى الدقيق وقد ذكر زميلنا الاستاذ ترابو في مقالة جلييلة الفائدة نشرها حديثاً في «مجلة الطب وحفظ الصحة» التظاهرات، الزحارية التي لم تعرف جيداً في الانسان .

وخص منها التهاب الزائدة الزحاري الاكيد .

وجاء فيها على ذكر مشاهدات التهاب الاعور التي اعلنها روجرس من كلكوتا وولاي وموسغرافه فقال « بينت مشاهدات روجرس في كلكوتا التي مرت عليها زمن مديد ان الآفات في سياق الزحار اوضح في ناحيتي الاعور والكولون الصاعد مما هي عليه في ناحية المستقيم وانها قد لا تظهر في سوى هذه النواحي . واستشهد ايضاً بما نشر في رسالة الامراض الاجنبية لغرل وكلارك في فصل « الزحار » حيث ذكرت آفات الاعور والزائدة في سياق الزحار . غير ان دوبتر في رسالة الطب لروجه وفيidal وتيسيه لم يأت على ذكر هذه التظاهرات » .

وما ذلك الا لان الزحار مرض يستقر غالباً في المستقيم والعروة السينية ولان استقراره في الاعور والزائدة والكولون الصاعد اقل حسبما يرتأي الأطباء العسكريون الذين خبروا الزحار مدة طويلة في مرا كش وسورية وبعض المستعمرات الفرنسية

فالمشاهدات التالية التي جمعناها في هاتين السنتين مفيدة اذن لندرتها وجديرة بالنشر .

المشاهدة الاولى : غ . دخل مستشفى هنري فريزييه بدمشق في ١٤ تشرين الثاني سنة ١٩٢٦ وكان قد كتب على البطاقة التي بعث بها الى المستشفى « التهاب الزائدة الدودية » وكان مرضه قد ابتداء منذ عشرين يوماً باسهال ومواد مخاطية ودم وآلام بطنية .

وكان يشكو حين دخوله للمستشفى آلاماً مستمرة في الحفرة الحرقفية اليمنى التي كانت منتجة انتباجاً متسعاً يناسب الاعور . وكان حجم هذا الانتباج معادلاً لقبضة كف رجل كهل وموئلاً بالجلس وواضح الحدود واضح بالقرع وكان في جدار تلك الناحية دفاع عضلي يبد ان باقي جدار البطن كان ليناً وكانت الحرارة ٣٨ والنض ٨٠

فظن بادیء ذي بدء ان هناك التهاباً خفيف الحدة في الزائدة واجريت العملية في الحال : خدر المريض بالايثير وبجهاز امبردان وشق حسب خط رو فوق التورم . فبدت كتلة من الثرب شديدة الاحتقان ملتصقة بالاعور فرفعت بتأن وبدا الاعور فكانت جدره متكثفة متوذمة صلبة شبيهة بالمقوى المبلل . وكانت الزائدة في انسي الاعور ومتوذمة ايضاً وكان خلب الحفرة الحرقفية اليمنى الجداري منتبجاً وفيه بعض التوذم ولم يكن صديد .

فقطعت الزائدة ، وخط الجدار خياطة تامة بدون تحفيض (drainage) ثم عولج المريض معالجة الزحار العادية (٨ ، ٦٠ ، سذغرامات امتين اربعة ايام متوالية فستوفر رسول بعدها)

فشفي الجرح بالمقصد الاول وشفي الزحار وترك المريض المستشفى سيف ٣٠ تشرين الثاني .

المشاهدة الثانية: محمد بن أ. دخل شعبة الحيات من مستشفى دمشق سيفي ١٦ ايلول سنة ١٩٢٦ لاصابته بزحار متحولي. ثم نقل في ١٩ منه الى شعبة الجراحة وكانت حالته العامة سيئة والهزال آخذاً منه كل مأخذ والقناع التحولي بادياً عليه. وكان يشكو قولنجاً شديداً مستقراً في الحفرة الحرقفية اليمنى حيث كان يشعر بكتلة صلبة معادلة لحجم البرتقالة الكبيرة ممتدة حسب الاتجاه العمودي مؤلمة بالجلس صماء بالقرع الخفيف حوافها واضحة كل الوضوح وكان في جدار تلك الناحية دفاع عضلي خفيف وفي ما سوى ذلك لسان تام. وكانت علامة يعقوب (Jacob) ايجابية والحرارة ٣٨ والنض ١٠٥.

أجريت العملية الجراحية في الحال. خدر المريض بالاثير وبجهاز امبردان شق الجلد حسب خط روفوق الانباج فبدأ الخلب الجداري متوذاً جداً وظهرت رزمة من الثرب سائرة للاعور ومكونة للتورم الذي ذكرناه.

وكانت جدر الاعور محتقنة صلبة كالمقوى مغطاة باغشية كاذبة وكانت احدى نقاط الوجه الوحشي منه قرية من الانبثاق لانها لم تكن مؤلفة الا من الطبقة المصلية ومساحة تلك الطبقة المتكلسة كانت معادلة لقطعة الفرنك المعدنية وكانت الزائدة الدودية مدفونة في الاغشية الكاذبة غير ان منظرها لم يكن جالاً على مرضها الشديد.

قطعت الزائدة وحاولت ان اخيط ذلك السطح الذي كان على اجهة الانبثاق فصعب الامر جداً لتوذم الجدار ففرقت هذه النقطة وحفظت المكان بالميكوليز.

ثم اكملت المعالجة بالامتين التي كان قد بدىء باجرائها في الشعبة الباطنة

تكوّن في ٢٢ ايلول ناسور غائطي واسع بعد سقوط خشكريشة الاغور دون ان تبدو عوارض خلبية لان الالتصاقات كانت قد تكونت حول الاعور . وبقيت الحالة العامة سيئة حتى ٢ تشرين الاول مع ان الحرارة كانت قد عادت الى الدرجة الطبيعية غير انها بدأت بالتحسن بعد ذلك التاريخ وسارت سيراً سريعاً خلال شهر تشرين الاول وبدء تشرين الثاني وصغر الناسور الغائطي من نفسه فبدأت بعض المواد الغائطة تخرج من الشرج . غير ان المريض لم يكن مطيعاً ولم يتبع النظام الغذائي الذي سن له الا بصعوبة .

ففي ٢٢ تشرين الثاني بعد ان تناول بعض الخضر الفجة ساءت حالته العامة فجأة واعتبرته نوبة زحار حادة تلاها دنف (cachexie) سريع على الرغم من المعالجة بالامتين والستوفرسول والتربرسول ومات في ٨ كانون الاول وبعد فتح جثته رأيت أفات منتشرة على غشاء الامعاء الغليظة المخاطي جميعه فدون ان ارى انثقاباً جديداً .

....

المشاهدة الثالثة : احمد . . دخل شعبة الامراض الباطنة في مستشفى دمشق العسكري في ٤ تشرين الاول سنة ١٩٢٦ مصاباً بزحار متحولي . وكان قد كتب على ورقة دخوله « حالة دنف » ثم نقل في ٩ منه الى شعبة الجراحة مصاباً باعراض التهاب الخلب (périonite) مع دفاع عضلي في الجدار والم شديد في الحفرة الحرقفية اليمنى وكانت حالته العامة سيئة جداً .

فاجريت عملياته في الحال : خدر بالايثير . يتحفظ شديد وشق جدار

البطن في الخط المتوسط شقاً عمودياً فخرج صديد من الخلب وكانت الزائدة قد تغمرت وجدار الاعور الوحشي في حالة الموات ومساحة تلك النقطة المائئة معادلة لقطعة الفرنكين المعدنية

وكان الاعور جميعه متوذما فقطعت الزائدة بسرعة وخيط جدار الاعور المائت وحفض البطن بالميكوليز فمات المريض ليل العملية الجراحية

.....

المشاهدة الرابعة: د . د . دخل في ٢١ تشرين الثاني شعبة الامراض الباطنة
وقد كتب على بطاقة دخوله اسهال زحاري الشكل .

وكان المريض مصابا بنوب برداء جليلة وقد كشفت الحيوينات الدموية في دمه ففولج بالكينين والامتين حقناً وبمجمون رافو

في ٢٧ منه صباحاً شعر بالآلام بطن شديدة مستقرة في الحفرة الحرقفية اليمنى حيث ظهر تورم معادل لحجم البرتقالة الكبيرة ودفاع عضلي وقاء المريض وساءت حالته العامة وارتفعت حرارته الى ٣٨ وضعف نبضه وبلغ عدد نبضاته ١٤٠

فبضع المريض في الحال : خدر بالاثير تخديراً خفيفاً ، شق حسب خط رو . فبدت كتلة من التراب محتقنة جداً معادلة لحجم قبضة الكهل ملتصقة بالاعور . فقطعت زائدته بسرعة ولم تكن تبدو عليها علامات المرض الشديد اما الاعور فقد كان خلافاً لها شديد الاحتقان متوذماً وعلى وجهه الوحشي صفيحتا موات واضحتا الحدود تنبعث من احدى حوافيهما غازات معوية وكان لون هاتين الصفيحتين سنجانياً الى الصفرة كلون ورق الشجر الساقط وحجم كل منهما

كقطعة الفرنك المعدنية فحاولت ان اخيط حوافي هاتين الصفيحتين فكانت الخيوط تمزق الجدر فاضطرت الى تجريد الاعور بفادات وجره نحو الجرح الجداري ووضع ميكوليز .

فخرجت في الغد من الجرح مواد غائطة مائعة وحبيبلان . غيره ان الاقياء لم تنقطع والنبض لم يبطئ والحالة العامة لم تتحسن فمات المريض في ٣٠ تشرين الثاني ليلاً .

.....

المشاهدة الخامسة: محمد بن ٠٠٠ دخل مستشفى درعا في ٣١ كانون الاول سنة ١٩٢٦ مصاباً بـ زحار و باعراض التهاب الحلب (البريطون) في ناحية السرة وماتحت المرارة وكانت حالته العامة سيئة جداً . فاجرى عمليته الجراحية الحكيم هوردد فشق البطن على الخط النصفى تحت السرة فوجد بورقي صديد احداها بين عرى الامعاء الدقيقة والاخرى في الحفرة الحرقفية اليمنى فاكثفى بتحفيض هاتين البورتين بالنظر الى الالتصاقات التي صادفها .

فبدأت حالة المريض تتحسن اولاً وظهر ناسور غائطي آت من المعى الدقيقة . ثم نقل الجريح الى مستشفى دمشق في ٩ كانون الثاني ولم تكن حرارته مرتفعة غير ان دنفه كان يزداد يوماً عن يوم وكانت المواد الغائطة السائلة تنصب غزيرة من جرحه .

ثم مات المريض في ١٤ كانون الثاني سنة ١٩٢٧ على الرغم من المعالجة بالامتين والستوفر سول والترابرسول .

فتحت الجثة فظهر انتفاخ في الامعاء الدقيقة على بعد عشرة سنتيمترات من

الاعور وكان جدار هذه الامعاء سريع التمزق وظهرت في غشاء الامعاء الغليظة والدقيقة آفات زحارية ممتدة الى بعد ٥٠ سنتمراً من المصراع الدقائي الاعوري

....

المشاهدة السادسة: أ . دخل مستشفى ازرع في ٦ حزيران سنة ١٩٢٧ مصاباً بزحار متحولي فائق الحدة : وكانت حالته العامة سيئة جداً ومواده الغائطة دممة وجدار بطنه في حالة دفاع عضلي فعولج معالجة شديدة بالامتئين وبالتوفر سونوبزول حقناً في الوريد وبالمصل المضاد لـ زحار تحت الجلد فاستقرت الآلام في الحفرة الحرقفية اليمنى واستمرت الاقياء والحُمى فاجرى عملياته في ١٢ نيسان الجراح هورد وشق البطن حسب خط ماك بورنه فظهر ان الاعور ملتصق بالجدار وان فيه صفحة موات معادلة مساحتها لمساحة قطعة القرنك المعدنية . وقد اكتفي بهذا الشق وباخراج الافات لان حالة المريض العامة كانت سيئة لا تسمح باجراء اكثر من ذلك . فنقرحت الصفيحة بعد حين وتكون مكانها ناسور غائطي لم يلبث ان شفي عفواً . وعاد الجرح في اواخر شهر ايار مبرعماً وسائراً في طريق الاندمال .

وقد ارسِل الجريح في ٣١ ايار الى مستشفى هنري فريزييه بدمشق وكانت حالته العامة لا تزال سيئة ومواده الغائطة لا تزال تحوي المتحولات فعولج ثانية بالامتئين (٥ حقن وريدية كل منها ٠,٠٨ . ستغرامات) فالستروفر سول « حبتين كل يوم » فاكمل الجرح سيره نحو الشفاء غير ان المريض عاودته نوبة زحار حاد في عشرين حزيران استمرت حتى ٢ تموز فعولجت بحقن الوريد بالتوفر سونوبزول (١٥ . ٠ ستغراماً كل ثلاثة ايام)

ثم ظهر في ١١ تموز خراج في جدار بطنه حذاء الندبة فشقت وظهر ان في الصديد مكورات عنقودية (ستفيلوكوك) وعاد الجرح الى الاندمال سائراً سيراً بطيئاً وظلت حالة الجريح العامة سيئة حتى ٢٠ تموز ثم اخذت لتحسن بعد معالجته بحقن الارنال واخذ الترايسول (حبتان يومياً اربعة ايلع متوالية) ثم سافر المريض الى فرنسا في ٢٩ تموز سنة ١٩٢٧

....

المشاهدة السابعة: الدكتور ت ٠٠٠ أصيب بزحار متحولي حاد في بيروت سنة ١٩٢٦ وظهرت التحولات في غائطه ٠ فلم يشف شفاً تاماً على الرغم من معالجته بالامتين والزنيخات تكراراً لانه كان يعيش في بيئة ملوثة بالتحولات ٠ وقد أصيب في تموز سنة ١٩٢٧ بقولنجات مؤلمة جداً ومتكررة ولم تكن المواد الغائطية في ذلك الحين عديدة ولا سائلة بل متاسكة ٠ غير ان كتلتين من الغائط طرحتا وكانتا مفشأتين بمواد مخاطية ومصبوغة دماً ٠ فعولج بالامتين حقناً تحت الجلد (٤ حقن في كل منها ٠٠٨ سنتغرامات) واكملت المعالجة بالترايسول (٣ حبات يومياً في كل منها ٠٠٢٥ سنتغرامات) فاستمرت القولنجات غير انها تباعدت ثم عادت الى التقارب وشملت جميع البطن فعاد المصاب مؤلماً والبطن موجعاً ولا سيما في الجهة اليمنى ٠

واشتدت الآلام اشتداداً فائقاً في مساء ١٩ تموز وبلغت الحرارة ٣٩,٤٩ ٠ واسرع النبض وعم الآلم البطن جميعه ولم يعد الوقوف ممكناً ولا جس البطن مستطاعاً دون ان يحدث تقفع فيه وكان جس البطن العميق ينبه الماء في ناحية الزائدة وجميع منطقة الاعور ٠ وكانت علامة روزينغ ايجابية ٠

وكان المريض يتحمل هذه الاعراض على الرغم من شدتها غير انه لم يكن يستطيع تحمل خزرتة الشديدة التي كانت تمثل له ان ظهره قد نشر عرضاً وتسلب من عينيه الكرى .

ولم تكن هذه المظاهر جميعها الا اعراض التهاب الاعور المتحولي الذي نهت افكارنا اليها مشاهداتنا السابقة وما كنا شاهدناه على الجثث بعد فتحها وقد عولج المريض بحقن الوريد بالامتين وبوضع محفظة الثلج على بطنه ولم تهبط الحرارة على الرغم منها الى الدرجة الطبيعية قبل اليوم الخامس اذ بدأت القولنجات بالتباعد غير انها لم تختف الا بعد هبوط الحمى بأسبوع وكذلك القول في الخزرة (rachialgie) التي خفت خفة تدريجية وبطيئة .

.....

المشاهدة الثامنة: ب . . . قاطن سورية منذ ٢٩ تشرين الثاني سنة ١٩٢٧

دخل المستشفى في ٢٨ كانون الثاني سنة ١٩٢٨ مصاباً بأسهال منذ ثلاثة ايام وبجُمى تموج بين ٣٩ و ٤٠ وكان لسانه كتنّاً وكان يشكو الماء في الناحية الحرقفية اليمنى يظهر عفواً او حين الجس وينتشر الى الناحية القطنية اليمنى في الورا .

وكان يشعر في هاتين الناحيتين (الحفرة الحرقفية اليمنى والناحية القطنية) بتورم يكاد يكون متموجاً ويوجه الانظار الى فلتعمون حول الكلية . غير ان هذا التورم كان اوضح في الامام عند الاعور وقد ظهرت بالفحص المجهرى المتحولات في الغائط . فشخص المرض التهاب الاعور المتحولي .

فحقن وريد المريض في الحال اربعة ايام متوالية بثمانية سنتغرامات امتين

يوماً ثم اكملت المعالجة باعطاء حبتين ستوفرسول في اليوم ووضع الثلج على ناحية الاعور وقطع الغذاء
فبدأت الحرارة بالنزول تدريجياً فبعد ان كانت ٤٠.٤ في ٢٩ كانون الثاني سقطت في ٣ شباط الى ٣٦.٨ وتقلصت الاعراض الاخرى ايضاً .

....

اتيسح لنا ان نجمع هذه المشاهدات في زمن قصير . ويظهر منها ان تشخيص التهاب الاعور الزحاري سهل . لان المريض يكون مصاباً في الوقت نفسه بزحار حاد شديد او يعتريه الالتهاب في سياق زحار مزمن ، وقد لا تعلق حرارته الا قليلاً او انها تبلغ ٤٠.٥ احياناً وتعتريه آلام بطنية شديدة مسنقرة في الحفرة الحرقفية اليمنى تزعم المريض شديداً وتجرمه النوم وينبهه الجس السطحي منطقة دفاع عضلي ويظهر في ناحية الاعور تورم واضح بالجلس وقد يظهر بالنظر ايضاً وهذه العلامة ثابتة تحقنها في اكثر مرضانا ويدو صمم متى قرعت هذه الناحية . اما سبب هذا التورم فهو الثرب الملتهب الذي تكشف وعاد كالمقوى والتصق بالاعور كما اثبتت لنا العمليات الجراحية ، وما هذا التفاعل الا علامة الدفاع الموضعي . ويشعر في تلك الناحية بدفاع عضلي واضح بيدان باقي الجدار لا يزال لنا . وتبدو هذه الاعراض واضحة كلما كان المريض هازلاً وجدار بطنه رقيقاً . اما الالم في الحفرة القطنية والخزرة فتعمل بوذمة الخلب (البريطون) الجداري والربط (mésos) وازتساحها .

وعدا هذا كله فالاسهال الزحاري الشكل يستمر ومتى سار المرض نحو الانبثاق ظهرت اعراض التهاب الخلب العام ولم تكن شديدة لان المريض يكون

قد ضعف دفاعه بسبب الزحار المصاب به . وانا نشبه هذا المشهد بمشهد انشقاق المعى في سياق الحمى التيفية .

ونبه الافكار الى امر وهو ان الزائدة كانت في مشاهداتنا اذا استثنينا واحدة منها فقطه سليمة لان الافات كانت مستقرة في الاعور . فالارض اذن التهاب الاعور الحاد وليس التهاب الزائدة ولا التهاب الاعور الناشئ من التهاب الزائدة .

وان التهاب الاعور الحاد قد تحقق امره في ايامنا فان الاستاذ برار (من ليون) رفع الى جمعية الجراحة سنة ١٩٢٠ حادثتي التهاب اعور اثر النزلة الوافدة كانتا قد ظهرتنا بمظهر التهاب الزائدة .

وقد نشرت المطبوعات الطبية (غرة شباط سنة ١٩٢٨) للافي وثابودورسكو حادثة التهاب خلب منقيع منشأه اعوري كولوني كانت فيه الافات شبيهة بالافات التي شاهدناها .

وتلار يكار في جلسة جمعية الجراحة في ليون (١٦ شباط سنة ١٩٢٨) ثلاث مشاهدات التهاب اعور حاد بدئية بدون التهاب الزائدة مع تفاعل خلبي . وذكر ايضا تافرنه حادثتي التهاب اعور كانت الزائدة في كليهما سليمة . وقد قطع الكولون الايمن وكان الاعور في احدهما مكتشفاً وقد غرز تحت غشائه الخاطي عدد عديد من شعريات الرأس (trichocéphales)

اما افات التهاب الاعور المتحولي فتتبع النظام التالي في ظهورها :

- ١ - احتقان جدار الاعور والخلب الجداري ووذتهما .
- ٢ - تقرح هذا القسم المتوذم تقرحات منحصرة في جدار الاعور . وقد

رأينا جميع ادوار هذه التقرحات في المشاهدات التي اوردناها . فهي تعادل بحجمها قطعة الفرنك او الفرنكين المعدنية وتسير من الباطن الى الظاهر فان جدار الاعور لم يكن موء لفا في المشاهدة الثانية الا من المصاية وحدها . وفي المشاهدات الثالثة والرابعة والسادسة كانت على الاعور صفائح موات واضحة مشابهة للورق الساقط واضحة الحدود تماثل الصفائح التي تصادف في الفتوق المحتقة وكانت الغازات المعوية تنبعث من حوافها وربما لم تكن الصفيحة واحدة بل وجدت صفائح في مريض واحد .

اما سبب التهاب الاعور هذا فهو ولا شك المتحولات الزحارية غير ان كثرة ظهور هذه الالتهابات في هذه السنة تدعونا الى ذكر اسباب اخرى مؤهلة: كاشتراك الزحار والبرداء كما اتضح لنا ذلك في المشاهدة الثالثة وكما هي الحال في المرضى الآخرين الذين يقطنون بلاداً موبوءة بالبرداء وما هم الا مصابون ببرداء مزمنة . واشترك الزحار بن العسوي والمتحولي وان يكن الخبر لم يثبت لنا ذلك غير ان استمرار الاعراض الزحارية على الرغم من المعالجة بالامتين والستوفرسل والترابرسول يثبت . كل هذا يعد من الاسباب المؤهلة .

وقد نبه غرل الافكار في بحث « الزحار » المدرج في مؤلف « غرل وكلارك » عن امراض البلاد الحارة الى اجتماع الزحار والبرداء والى اشتراك نوعي الزحار . ولعل للديدان المعوية الكثيرة في سورية دوراً في هذا الامر ايضا لان تافريه وجد تحت غشاء اعور قطعه عدداً عديداً من شعريات الرأس . ولاننس التعب المفرط الذي يقاسيه الجنود في اثناء الحركات العسكرية . فهو ولا شك من الاسباب المؤهلة المضعفة للبيئة .

اما المعالجة الدوائية النوعية فيجب استعمالها متى شخص المرض وهي تكفي في بعض الاوقات متى اتجهت انظار الطبيب منذ البدء الى داء المتحولات وكوفحت الحالة قبل ان تتقدم الآفات . ولنا في المشاهدين السابعة والثامنة برهان على نجاح هذه المعالجة فان الاعراض جميعها تقلصت فيهما بعد المعالجة النوعية وحدها .

غير ان المعالجة الجراحية قد تكون واجبة ولا مندوحة عنها كما في التهاب الاعور المتفurch كيف لا والجراح يجهل قبل فتح البطن ما اذا كانت الآفة منحصرة في الزائدة او في نقطة معينة من الاعور . فاب المريضين الاول والسادس شفيا والمريض الثاني عاش شهرين بعد العملية ولم يمت الا من نوبة زحار حادة جديدة طرأت عليه .

ويجب بعد شق البطن ان تقطع الزائدة وتعالج الآفات التي تبدو في الاعور : فتخاط النقطة التي قاربت الانبثاق اذا كانت الحياطة ممكنة او بخاط الاعور بالجلد ويحفز بالميكوليز لان اجراء عمليات شافية نعي بها قطع الاقسام المصابة لا يتحمله المريض المدنف ولا تميزه آفات الامعاء المنتشرة فالاسراع في هذه الحالة هو خير ما يصنع .

اما جراحو ليون فقد قطعوا الاعور والكولون في حادثة التهاب اعور شاهدها .

غير ان آفات المتحولات قد تمتد الى الامعاء الدقيقة ايضا كما اثبتت . المشاهدة الرابعة فتثقبها كما تثقب الاعور وربما انتشرت ايضا الى القطعة الانتهائية من المعى الغليظ .

الضنك أيضاً

كنا نشرنا في الجزئين السادس والسابع من هذه المجلة الحوار الذي دار بين زملائنا البيروتيين وبيننا عن الضنك وطريقة انتقاله ووجدنا القراء بنشر ما سيقال في هذا الموضوع لكلا تقوئهم النتيجة التي نتوخاها من هذه الابحاث الهامة ولما كان زميلانا البيروتيان الحكيمان امين ابوفاضل والامير رثيف ابني الجمع قد نشرنا في المجلة الطبية العلمية لرصيفنا وصديقنا الحكيم غصن مقاتلين عن الضنك وكنا قد رددنا عليهم ما رأينا ان نشر هذه المقالات الثلاث لما فيها من الفائدة «المنشئ»

المقالة الاولى

للدكتور امين ابني فاضل . بيروت

ايها الصديق القديم^(١) اليك سلامي سلام مشتاق يحن اليك والى تلك الربوع التي كانت ناضرة والى تلك الايام التي كانت زاهرة والى هاتيك الآمال التي كانت جميلة بأهرة . فعليك وعلى تلك الذكارات الغابرة الف سلام وسلام . اما بعد فقد شاقني ما كتبت منتقداً بل مخطئاً ما ورد في تقرير جمعية الاطباء والصيادلة في بيروت عن العامل الناقل للعدوى في داء الضنك .

ورافقي سير واسلوب المناظرة اللطيف بينك وبين الزميل الجميل . فقد اتفقنا بأدابكم الجملة واخلاقكم الراقية واختلفنا بنظرياتكم الفنية وابعاثكم العلمية . فما أجمل المحافظة على آداب المناظرة وآداب الطبابة وما احرى جميع المتناظرين

(١) هو مخاطب رئيس الانشاء الحكيم بهز شد خاطر:

والمشادين ان يجرؤا على خطيتكما وان يسجوا على منوالكمالكان ذلك ابقى واسى
اردت قبلاً ان ارد على انتقادك لائماً تسرعك في الحكم ناكراً حتمك في
الامر فلم اتمكن اذ كيف ينطق من في فيه ماء

وقد كانت مياه الاكدار ونوائب الايام ومعاكسات الدهر تكم في
وتصدم دماغي وتأخذ بخناتي فاحجمت طبعاً وصبرت حتى نضج بعض الماء
وصار يمكنني النطق ولو بصعوبة فقلت

معلوم ان هذا الداء المسمى الضنك والاصح الهدّة كما ورد عند العرب
مجهول الجرثوم ومجهول طريقة السراية تقريباً . قلت تقريباً لان ثقة الفن
والمختصين بدرس هذا الموضوع مع وفرة عددهم وعددهم ووسائلهم لم
يزالوا بين الشك واليقين .

فاطباء الهند يقولون ان الكولكس هو الناقل واطباء شواطئ الانلانتيك
والفلبين يقولون هي الستيغوميا وغيرهم يقول هو السكيت اوناخر الوريد
وبعضهم كالاستاذ مرشد واعوانه من اخذ عنهم يقولون بالعدوى باللامسة
ويزعمون جميع هذه الحشرات المسكينة المظلومة يضعون كل مسئولية في القاء
التبعة عليها وتجريها على عاتق الطبيب جميل ورفاقه فيا ويلهم ان تبرا
ويا لندامة مرشد ونصراؤه ان ثبت الجرم وكان دفاعهم لتبرئة اثم مجرم .
فهذه الدعوى لم تزل كما يظهر قيد درس القضاة وبحشمهم وقد توفرت الادلة
ورجحت كفة الاتهام لادانة البعوضة اللعينة لا المسكينة . اذ تبرم الاحكام
باكثرية الاصوات المسئولة ان كان ثمت خلاف ما
وكم من بريء ظلم وجان تبرا .

لا يمكننا ان نعتمد على اختبار اتنا الشخصية او على ملاحظتنا السريية لكشف حقيقة الجرثوم وكيفية انتقال العدوى مع ان المرض قاطن بيننا نشاهده اكثر مما يشاهده الاجنبي . ولكن اي فرد او جماعة منا امكن ان تخصص وقتها ومالها واقتدارها لسبر غور هذه المسألة ؟

واي مثر من اغنيائنا برز فأفرز مبلغاً ولو زهيداً لقضية علمية كهذه كما هو جارٍ في بقية بلدان العالم ؟

واي حكومة من حكوماتنا خصصت في ميزانيتها قدراً كافياً من المال ووضعته بين يدي رهنط من الاطباء القديرين لدرس وتحري واستقصاء اسباب العدوى في امراض قاطنة بلادنا كهذه والنزلة الوافدة على الاقل ؟

وهذا ليس بالامر غير المستطاع . ولا شك انه لو توفر لاطبائنا ما توفر لغيرهم لا توأ حتماً بما لا يقل عنه اولئك . ولجعلوا لنا فخراً بكشف ما لم يُقرّه غيرنا بعد وسطروا لنا اسماً خالداً مرفوعاً بين اطباء العالم الذين انضوا تحت لواء البحث العلمي المفيد . وكان حينئذٍ يُشار اليها ويستشهد بنا عوضاً عن أن نأخذ عن غيرنا وتبع ما قالوا وما كتبوا .

وفي هذا جواب للزميل الكريم القائل في الجزء التاسع من هذه المجلة « فعلياً اذا كنا نرغب في حل عقدة الضنك السوري وطريقة انتقاله ومعرفة عامله المرضي ألا نوجه انظارنا شطر الهند واسترايا والفيليين منتظرين من تلك الاقطار نوراً متألهاً يبدد هذا الظلام بل علينا ان نكون مصدر هذا النور ومبعث هذا العمل لان داءهم غير دائنا ولان ما يقال عن ضنك الهند والفيليين وسواهما لا ينطبق على الوباء الذي نصادفه ولا يصح ان يكون مستنداً نستند

اليه في تحليل ما نراه هنا « عبارة فصيحة ونظرية باهرة وامثلة نافعة ولكن
رعاك الله اين هو مصدر النور المتألق عندنا ومن اين تأتي به واي مستند يُركن
اليه نستند عليه .

قل لي بربك هل بحث مع زميلك الاستاذ تراو ومن يقول قولكم
الحتي عن جميع انواع البعوض في البلاد السورية واطلقت من هذه الانواع
المختلفة على المصابين بالضنك السوري كي تمتص من دماهم وتصاب بدائم
وجعلتها تلدغ طائفة من الناس سليمة بعيدة عن مبعث الداء ويشتت ملقحة
اياها وراقبتها بعد مدة الحضانة لتري النتيجة ؟ فان كنت لم تجر ذلك لعدم
توفر الوقت والوسائط

كان نورك سراباً ومستندك واهياً

والحق يقال ان نورك ليس بأسطع من نور زملائك البيروتين ولا
مستندك العلمي بأمتن من مستندهم بل يخيل لي ان النورين لا يبدان الظلام
الدامس تماماً وان المستندين لا ينعان العثار الممكن على ان احدها نوره ابيض
ومستنده أقوى اعني به البيروتي المستند من نور اكيده ولو بعيد .

وما زلنا نعرف ونعترف ان تلك الانواع من الضنك التي تسميها كاذبة
تشتب عن البعوض فلماذا لانجسبها فئات من الداء ذاتة مختلفة عن بعضها وعن داء
بلادنا اختلافاً اقليمياً ولكنها كلها ضنك بضنك عام لها الناقل واحد في الاصل قد
يختلف في الفرع على ما يذهب اليه الكثيرون من درسوها وتحروها في اماكنها .
ألا تختلف انواع البرداء بين مكان وآخر ولكنها كلها برداء ودواليك
في غيرها ايضا .

وعلى هذا الاساس أليس من المعقول الاقرب ان ننسب نقل العدوى الى البعوض في جميعها فنكون قد استندنا على مرتكز ولو غير متين على زعمك من ان نسبته للملامسة ونكون غير مستندين على اساس ولو واه ؟ لماذا نستني هذا الضنك السوري فقط متنبئين من عدواء البعوضية كمنظيراته عادين من ذهب هذا المذهب واهما مخطئا متعثرا باذيال الضلال ؟ ان في ذلك انتهى الغرابة لا وهم هنالك ولا ضلال انما تقدير واعتقاد مبنيان على الملاحظة والاعتباس من الغير كما لاحظت واقتبست انت ايضا ايها الاستاذ العزيز الكريم . أتحسب ذاك خطأ وضلالا لان هذا الضنك نفاطي وبالي كما تزعم ؟ اليس الحى النمسية نفاطية وبائية لم تكن نعتقد قبلاً انها كانت تتقل باللامسة ؟ وقد ثبت الان انها تتقل بالتلقيح كهذه ؟

اذلك لان هذا الضنك لا يظهر في كل سنة ولا يعم جميع احياء المدينة ولا يغشى عموم القرى ؟

اي داء يسير هذا السير المزعوم هل البرداء تظهر كل سنة بذات المكان مع وجود البعوض دائماً ؟ لم نلاحظ انها تكثر حيناً في بيئة ملوثة وتختفي احياناً من ذات المكان ؟ وهل الحى النمسية وغيرها تفشو البلاد في كل سنة مع وجود القليل الدائم ؟

الاعتجب من وجود الداء في باب توما وقلة وجوده في الشاغور مثلاً ؟ ألا يمكننا ان ننسب ذلك لتلوث بعوض باب توما اكثر من بعوض الشاغور ؟

في الصيف الماضي شاهدت اصابات برداء عديدة في القسم الجنوبي من سوق الغرب اثبتتها الفحص المجهرى ولم يحدث ولا اصابة واحدة في بقية جهات

البلدة لان البعوض الموبوء كان في تلك الجهة فقط ولم تطراً عليه ظروف مناسبة لانتشاره في باقي الجهات .

أذلك ايضاً لان انواع البعوض التي تسبب فئام الضنك الاخرى معدومة الوجود عندها .

ألم يخزنا السكيت ويعكر راحتنا وسكوننا .

وهل ثبت حتماً ان الكوليكس لا يمكن ان ينقل الداء .

يقول الاب دي فرجيل انه لا يزال تحت الريب .

وهل ثبت ايضاً انه لا توجد انواع ثانية من البعوض السوري يمكن ان نلقي عليها الشبهة . ان المستقبل وحده كشاف لما لا نعلم .

اذلك ايضاً لان الضنك ظهر في اعالي الجبال ولا وجود للبعوض هنالك . منذ سنتين خلتا فقط كنا في ظهور الشوير التي تعلو نحو ١٢٥٠ متراً عن سطح البحر وفي ذلك المكاتب المرتفع لم تتمكن من النوم بدون الكلال وذهبت الى مكان يدعى بقلع يعلوا اكثر من ١٥٠ متراً عن ظهور الشوير وهناك هناك النقيت ايضاً بذلك المخلوق الثقيل .

أذلك لان احدى الغسالات سببت انتشار الداء في بيوت خمسة ألابجوز ان يكون قد لدغها البعوض ولحق اولئك . فوالحالة هذه بقي علينا ان نمحص نتيجة ما اختبره غيرنا ولو في الهند والسند محكمين في ذلك عقلنا وملاحظاتنا مرجحين احدى هاتين النظريتين استناداً على العدد الاوفر والامع من الباحثين الاعلام غير حائمين حتماً قاطعاً ولا مثبته اثباتاً كلياً

اما المثل الافرنسي الذي اوردته هذه المناسبة اي . . . «ان مثل من يجعل ضنك

بقية البلدان والضنك السوري في فئة واحدة مثل من :زوج السمكة بالارنب»
عذراً أن قلت انه لا ينطبق على واقعة الحال انما ما ينطبق على ذلك قولنا مثل من
يزوج سمكة البحر المتوسط بسمك البحر الهندي وارنبه الفيلين بارنب
سوريا ولا بد من وجود التفاوت بين السمكتين والارنبتين لاختلاف المكان
والمرعى وتنوع الاقليم .

كما يقال ان افاعي الهند اشد سماً من افاعي سوريا وان الدب الابيض في
سيدر يا يختلف شكلاً وحجماً عن دببة جبال سوريا . وان الجراد النجدي
غير الجراد الهندي وهلم جرا .

اما من جهة الاختلاطات والعراقل التي تصيب المبطلين بهذا الداء هل
نحسبها عضالة خبيثة يخشى شرها ويستفعل امرها ؟ كلا
قد شاهدت كثيراً من اختلاطاتها كما شاهد غيري من نزف انفي غزير
ونزف حبيضي غير منتظم وخوار قلبي بسيط وانجاس في البول مع وجود آثار
آحية وتجاوز في مدة الحمية لاكثر من اثني عشر يوم ولكنها كانت كلها
سليمة لم تترك اثرأ يخشى الا ما ندر والندر لا يقاس عليه .

وقد لاحظت ان هذه الاعراض كانت تصيب المستعدين لها فقط . فسم
الضنك الخفيف كان ينبه « ويداعب » ما كُنْ واختبأ من ضعف عضوي
ثم يعاديه برشاقة (وزلافة) فيرجع الى ما كان عليه قبلاً .

واني انسب الشلل والقلاب وكل تلك الاعراض الخبيثة التي ذكرها
الزميل الى سُمّ النزلة الوافدة القتال الذي قد يأتي جميع الموبات والنوازل فلا
يُيق ولا يذر حينما يشترك احياناً مع الضنك .

وختاماً أقول ان كنت ايها الصديق العزيز الذي سيحضر المؤتمر الذي
 سيعقد في القاهرة حيث يجتمع أكثر اختصاصيي امراض البلاد الحارة من
 سائر اقطار العالم فاني اتمنى لك نجاحاً باهراً وفوزاً مبيناً راجياً ان يكون سلاحك
 امضى وعدتك اوفى ومستندك اقوى

فحيثئذ يكون البصر حليفاً لك ويصبح نورك مثاقفاً فنستشير بسنائك
 وننضوي تحت لوائك .

حماك الله ووقاك من ضنك الهند ومن ابي ركب الفيلين وفوق الكل من
 هدة سوريا الخيفة الهائلة
 وكان لك عوناً وهادياً في ترحالك واياباك .

....

تتيم : نشرنا هذه المقالة والمقالة التي تليها تقيلاً عن الحملة الطبية العادية دون ان
 نبذل فيها حرفاً



المقالة الثانية

للاستاذ الحكيم الامير رثيف ابي اللمع

صديقي وزميلتي المحترم^(١)

رغبت الي كرمًا ولطفًا ان ادلي برأيي في انتقال حي الضنك بمناسبة الحوار
الطبي المفيد القائم بين الحكيمين جميل وخاطر و«حلفائهما» فاشكر لك هذه
الثقة وارجو ان اكون عند حسن ظنك بي
ولكي اكون على بينة تامة من نقطة الخلاف اعدت ثانية درس مقالات
الحكماء المشار اليهم بكل دقة وانتباه ولشدهما كان عجبني عندما رأيت ان نقطة
الخلاف الاساسية تطورت فتغيرت تغيراً تاماً عما كانت عليه في الابتداء
انتقد اولاً الحكيم الاستاذ مرشد خاطر جمعية اطباء والصيادلة في بيروت
لسوءالمال الحكومة الاهتمام بامر اتلاف البعوض لانه ينقل جرثومة حي الضنك
أودع في مقاله الى هذه الامور

اولاً : ان قول غراهام بانتقال الضنك بواسطة الكوككس وقول بانكروفت
بانتقاله بواسطة الستيفوميا لم يرد ما يشبههما ولم يسلم بهما المختبرون والمؤلفون
ثانياً : ان مرض الثلاثة الايام هو غير مرض الضنك
ثالثاً : ان الضنك لا ينتقل بواسطة البعوض بل بملامسة المريض للسليم
رابعاً : ان انتقال حي الضنك للحيوان محتمل
خامساً : ان جغرافية البلاد التي ينتشر فيها الضنك لا تنطبق على هذه

(١) يوجه كلامه الى صاحب المجلة الطبية العلمية الحكيم فؤاد غصن

الحشرات وهو يغزو بلاداً لا اثر فيها للبعوض

سادسا : ان الاشتراك القلبي كثير في الضنك ويكون احيانا ممتا

فليسج لي الزميل الفاضل - الذي اعرفه بعلمه وادبه وشهرته دون ان
اتشرف بمعرفة شخصه - ان اخالفه في كثير من هذه النقط التي يلقيها بانغمة
جازمة وقول قاطع كانها حقائق مقررة مع افكار وارااء خاصة لم يعم عليها دليل
علمي بعد ولم يوافق عليها ثقة

اولا : ان قول غراهام وعرداتي بانتقال الضنك بواسطة الكوككس وقول
بانكروفت بانتقاله بواسطة الستيغوميا قد اثبتته كثير من المختبرين والمؤلفين غير
ان الذي لم يثبتوه هو وجود متحول (اميب) في الكريات الحمراء فقط

ان (مانسون وكستلاني) استاذي مؤسسة امراض الاقاليم الحارة
الانكليزية في لوندرا هما يعرف الاكثرية الطبية العالمية اعلى حجة في هذه
الامراض الان . فهاكم ما يقوله كل منهما بهذا الخصوص :

قال (مانسون في كتابه امراض الاقاليم الحارة) الطبعة الثامنة صفحة
١٨٧ (مرض الضنك حمى تنتقل بواسطة الستيغوميا ويمكن انتقالها
بواسطة البعوض) ؟

وقال صفحة ١٨٨ ما ترجمته : ان حمى الضنك تكون غالباً على الشواطىء
البحرية او في البلاد القريبة منها حيث تكثر المياه والانهر والاودية وسبب
ذلك على الأرجح كثرة السكان وسهولة المواصلات ووجود البعوض هناك
وقال (كاستلاني في كتابه الشهير عن امراض الاقاليم الحارة الطبعة الثالثة
صفحة ١٢٤٦ : (حمى الضنك نوعان . النوع الاول ينتقل بواسطة الستيغوميا

والثاني ينتقل بواسطة البعوض) : ومن اعظم الذين عملوا في سبيل اكتشاف جرثومة الضنك وكيفية انتقالها من المريض الى السليم اشبرن و كرينغ وارشيولد في الهند والبلقان والسودان فتوصلوا متفرقين الى تقرير ما يأتي :

(ان جرثومة الضنك توجد في المصل الدموي مئة وجود الحرارة كلها ولكنها لا ترى نظراً لصغر حجمها تحت عدسية المجهر . وانها تمر بسهولة من مسام مصفاة شمبرلند وانه اذا اخذنا مصل المريض وحققنا به السليم تولد فيه بعد حضانة ثلاثة الى عشرة ايام ضنك تام . اما انتقالها الطبيعي فبواسطة البعوض او السيتغوميا في الغدد اللعابية)

اما استاذي الاستاذ تانون في مؤسسة امراض الاقاليم الحارة في جامعة باريس فيقول في مجلة العالم الطبي سنة ١٩٢٦ صفحة ٣٦١ : ان مقاومة الضنك تنحصر الان في مقاومة البعوض

فهل من غضاضة اذاً على اطباء بيروت اذا اتبعوا في عقيدتهم الطبية اعظم اسانذة مؤسسات امراض الاقاليم الحارة في فرنسا وانكلترا واميركا وهي المؤسسات الوحيدة في العالم لهذه الامراض ؟

ثانياً : ان مرض الثلاثة الايام هو غير مرض الضنك

ولا ادري من جادل الحكيم خاطر والحكيم ترابو في هذا الامر واجهل من نازلها في هذا الميدان . انني اؤكد للزميلين الكريمين ان الحكيم جميل وسائر الزملاء في جمعية الاطباء والصيادلة يعدون حق العلم ايضاً ان هناك مرضين مختلفين احدهما يدعى حمى الثلاثة الايام والثاني يدعى الضنك ولم يخطئ لأحدهم ان يخلط - على لغة الدكتور خاطر - بين هذا وذاك

ثالثاً: ان مرض الضنك لا ينتقل بواسطة البعوض بل بملامسة المريض للسليم .

وهنا يسمح لي ايضاً الزميل الحكيم ان الاحظ على ذاك الحكم الجازم الذي قلما يحسر عالم على القطع بمثله حتى في الامور المسلّم بها علمياً فكم بالحري في نظرية خاصة لم يقم عليها دلائل وارجح انها فاسدة ؟ يقول الحكيم خاطر ان الضنك ينتقل بملامسة المريض للسليم (وذاك ما لا نشك فيه اقل الشك) ولماذا ؟

(لان الضنك لا يغشى البلاد كل سنة بل يأتي اليها وافدات ثم يغيب عنها سنوات . فلو كان الضنك ينتقل بالبعوض لكان ظهوره كل سنة امراً محتماً كالبرداء لان البعوض ينقف كل سنة) ؛ ولكنني لا اشك ان الحكيم خاطر يعتقد ايضاً ان حمى التيفوس تنتقل بواسطة القمل والقمل موجود دائماً فلماذا لا توجد التيفوس دائماً ايضاً ؟

وان الحمى الراجعة تنتقل نوع منها ايضاً بواسطة القمل والقمل موجود دائماً فلماذا لا تبقى الحمى الراجعة على الدوام مع القمل بل تغشى البلاد — نظير الضنك — سنة وتغيب سنوات ؟ ان الضنك مثل كثير غيره من الامراض يأتي وافدات تدوم الواحدة منها شهوراً وسنوات وبين هذه الوافدات يوجد دائماً حوادث . افرادية متفرقة تبقى جرثومته حية الى الوافدة الثانية . وهنا اميل الى الاعتقاد ان سبب الوافدة الجديدة يكون على الاكثر حدثاً جديداً في حياة البعوض يجعله أكثر قابلية لنقل الامراض وليس من مناعة كما يعتقد الحكيم جميل في اجسام الناس

رابعا : ان انتقال حمى الضنك للحيوان محتمل

انني اخالف الحكيم خاطر تماما بهذا الامر لانني لم اعثر على عالم واحد ثقة يقول انه استطاع نقل هذا المرض الى حيوان فضلا عن اني في وافدة الضنك الاخيرة جربت شخصا حقن الدم وماء النخاع الشوكي للسُّنور والارنب والجرذون والفارة البيضاء في جميع الادوار بدون اقل نجاح في إعطاء الداء للحيوانات . ولقد جرّب كستلاني ايضا اعطاه للسعدان فلم ينجح فهو من هذه الجهة كالبرداء

خامساً : ان جغرافية البلاد التي ينتشر فيها الضنك لا تطبق على هذه الحشرات وهو يفزو بلادا لا اثر فيها لهذه الهوام

كانت بورت سعيد وقناة السويس عرضة لانتشار الضنك فيها كسائر البلدان الواقعة على شواطئ البحر الاحمر والبحر المتوسط وما ان شرعت هيئة القناة الصحية بمحاربة البعوض واتلافه لتخليص السكان من وطأة الملاريا سنة ١٩٠٧ حتى تقلص ظل الضنك ايضا على الرغم من وجوده بكثرة في مصر وسوريا وفلسطين . فكيف يعمل حكيمنا هذا الامر ؟

انني لا انكر ان بعض حوادث وقعت في امكنة لا اثر للبعوض فيها ولقد ذكرنا وقوع حادثة على علو ٥٠٠٠ قدم عن سطح البحر . ذلك لا ينفي عمل البعوض بنقل الضنك وليس ذلك بالامر الغريب في عالم الطب الفالحى الراجعة مثلا قسمان قسم ينقل بواسطة القمل والقسم الاخر بواسطة القرادة ورغم اختلاف العوارض السريرية والطفيليات الناقلة للمرض واحد لا اثنان

سادساً : ان الاشتراك القلبي في الضنك كثير الوقوع واحيانا يكون ممتا .

ان الاشتراكات محتملة الوقوع في جميع الامراض خصوصا في الامكنة القليلة المقاومة والاكثر ضعفا في الجسد وكم من مرض بسيط نبه مرضا خبيثا كان كامنا لم يشعر به احد . فلا يصح والحالة هذه ان نحسب اقامة ذاك المرض الثاني اشتراكا بسيطا ثاني رأسا من اعراض المرض الاول

....

وصلت في بحثي الى هنا وانا واثق ان الحكيمين المحترمين يوافقاني على كل ما اتيت به لان الحقيقة . الحقيقة المجردة . الحقيقة الصافية . الحقيقة الخالدة هي قبة آمالنا جميعا وهي رائدنا الاوحد في جدلنا العلمي

ولكن حدث هنا ما لم يكن في الحسبان فقد ولّى الحكيمان وجههما شطر ناحية ثانية وخرجا بالمباحثة عن نهجها الاول واتخذوا رأيا غريبا جديدا وهو ان الضنك الذي يغشى بلادنا من حين الى اخر هو غير الضنك المعروف في غير بلاد ! وما زاد في دهشتي واستغرابي ان الحكيمين المحترمين خاطر ورا بو في هذه المجلة نفسها في صفحة ٤٢٩ من الجزء الثامن قالا بوجود نوعين من الضنك احدهما للبحر المتوسط والثاني للبلاد الحارة ولكنهما ادبحاهما في قافلة واحدة وقالوا عن الاثنين انهما مرض وبائي سار من الانسان الى الانسان - اي بدون واسطة البعوض - تميزا لهما عن حمى الثلاثة الايام التي هي مرض غير سار من الانسان الى الانسان بل يتقل بواسطة البعوضة الواخزة للوريد . فماذا جرى حتى خرجا عن رأيهما الاول وغيرا موضوع المباحثة وقالوا في الجزء الثاني عشر صفحة ٦٣١ : « نحن نقر باتتقال ضنك الهند بواسطة الكوكس والسيفغوميا » - مع انها كما قلت سابقا وضعا ضنك البحر المتوسط وذنك الهند معا في صف

واحد وقالانهما لا ينتقلان بواسطة البعوض بل راسا من الانسان الى الانسان ؟؟؟—
 اذا اتفقنا الان على ان الضنك الموجود في الهند وفي استراليا وفي الفلبين وعلى
 شواطئ البحر الاحمر وشواطئ الاتلنتيك هو واحد ويتقل بواسطة الكوكس
 والستيغوميا ، فلم يبق علينا الا ان نعرف هل ان ضنكنا من هذه الفصيلة ام لا؟
 انني نقتب كثيرا وقتشت بالحاح فلم اجد احدا من الثقة يقول بهذا القول
 اخذت تانون وجواياه وكستلاني ومانسون وارشبولد ودهبران وتيسياه
 وجميع الذين نقرأ كتبهم فوجدتهم جميعهم « موحدين » بالضنك ولم اسمع
 بعد « بمشرك » سوى ذلك الذي نقلتم عنه « واشركتم » معه : رودجر ؟
 نعم هناك اختلاف في الاعراض السريرية بحسب الطفيلية الناقلة وبحسب
 الاقليم وبحسب الاشخاص — وانتم اعلم بذلك وادري — ولكن ذلك الاختلاف
 السريري لا يجعل الواحد اثنين واذا ما اردنا تقسيم الامراض بحسب اعراضها
 السريرية فقط وجدنا عددها عدد المرضى انفسهم اذ انه يوجد كما يقولون —
 مرض لا امراض

تلك ملاحظات بدت لي فابديتها ورائدي الاخلاص والاحترام لاراء
 الحكميين العالمين غير مدع عصمة ولا حكمة في ما اقول وفوق كل ذي علم عليم



المقالة الثالثة

الضنك ضنكان

رد الحكيمين ترابو ومرشد خاطر الاستاذين في معهد الطب بدمشق

قرأنا ما كتبه حضرة الحكيم الاستاذ الامير رثيف ابي اللع في الجزء الثالث من سنة المجلة الطبية العلمية السادسة عن رأيه في انتقال الضنك وطالعنا منذ ثلاثة اشهر مقالاً آخر في الموضوع نفسه للحكيم امين ابي فاضل نشر في الجزء الثاني عشر من سنة المجلة الطبية الخامسة وكان احداً قد بدأ بإعداد رد على المقال الاول فنتعه عن اتمامه ونشره مصاب فادح حل به فبلبل افكاره ووقفه عن متابعة اعماله . وقد ظننا بعد هذا الضمت الطويل ان الباب قد اقفل وان ما قيل في الضنك من الاراء المختلفة كافٍ لايقاف القراء الكرام على ما يقوله دعاة انتقال الضنك بالعوض ومضادهم فاذا بالامير الفاضل يعود الى فتح هذا الباب واتسنا لنزح اشد الترحيب بمنظر كريم كالامير اشتهر بعلمه وأدبه سائلين من حضرتته ان يسمح لنا بمناقشته في النقاط التي اوردها في مقاله . ولا بد لنا في بدء هذه المحادثة اللطيفة مع حضرتته من تقرير امر يدور عليه محور الجدل وهو تمييز ضنك الهند واستراليا والفلبين وغيرها من البلاد الحارة عن ضنك شواطئ البحر المتوسط ذلك لان المرضين يختلفان بكثير من اعراضهما وهذا ما لا ينكره حضرة الامير كما يتبين من مقالته فالضنك الاول مرض فصلي يظهر في صيف كل سنة حين فقس البعوض ولا نفاط فيه والضنك الثاني مرض لا يصح ان يسمى فصلياً لانه وان يكن يبدو دائماً في فصلي الصيف والخريف فهو لا يظهر كل سنة ظهوراً منتظماً وقد يغيب

مدة طويلة عن بلد من البلدان كما كان لليونان في وافدة هذه السنة فان اثينا لم تراه كما اثبت ذلك اطباؤها منذ عشرين سنة . وهو عدا ذلك مرض نفاطي كما شاهدنا في وافدة السنة الماضية التي غشت سورية وكما اثبت الحكماء اليونان في وافدة هذه السنة .

الضنك الاول مرض يظهر في الصيف كما تظهر البرداء فيصيب من سكان البلد الذي يظهر فيه من يتعرض للسع البعوض وينجو الباقون ولا تعد اصاباته بمئات الالوف

الضنك الثاني مرض يفد كما تفد الاوبئة ويتفشى تفشياً شديداً حتى ان اصاباته في اثينا باغت بيضعة ايام اربعمائة الف اصابة دون ان يعفى منه من وقى نفسه لدغ التاموس او من تعرض له

نقول هذا لنبين ان المرضين يختلفان اختلافاً شديداً من الوجهتين السريرية والوبائية فاذا جاز لنا الجدال في امر انتقال كل من المرضين فلا يجوز لنا على ما نرى ان نوحدهما من الوجهة السريرية واعراضهما مختلفة كل الاختلاف من وجوه عديدة واذا جاز لنا ان نقارب اعراض كل من الضنكين من الآخر ونسب اختلاف الاعراض السريرية للطبقي الناقل او الاقليم او الاشخاص على رأي حضرة التزميل فلا يجوز لنا على ما نرى ان نوحدهما مرضاً نفاطياً وآخر غير نفاطي وندمجهما فنجعل منهما مرضاً واحداً لانهما يحملان اسماً واحداً او لان بعض اعراضهما متشابهة ولا جاز لنا ان نجعل نوعي الزحار العصوي والمتحولي (الامبي) مرضاً واحداً لانهما يحملان اسماً واحداً ولان اعراضهما متشابهة كل التشابه واننا نعتقد كما يعتقد زميلنا الفاضل بانتقال ذلك الضنك الكاذب

او ضحك البلاد الحارة اذا كانت التسمية الاولى لا تروق لحضرة الامير بالعوض الارقش واستاغوميا) والكو لكس كما اننا نعهده منذ الان بقبول فكرته في انتقال ضحك البحر المتوسط بالعوض متى أجريت على هذا الاختبارات الدقيقة التي أجريت على ذلك واستنتج منها ما يوافق فكرته ويخالف فكرتنا لان غايتنا كفايته التنقيب عن العلم والسير وراء الحقائق ليس غير

اما روجر الذي يعده الامير «مشركا» ويلقبنا معه «مشركين» فهو ذلك الدماغ المفكر الذي درس الضحك في كل كوتا زهاء عشرين سنة وهو الذي كشف خواص الامتين الناجعة في الزحار فلا غضاضة علينا اذا اتبعناه في شركه بعد ان بدأ لنا منه انه على صواب في ما يقول .

غير ان روجر ليس وحده مشركا كما يظن حضرة الزميل بل ان غرل (Grall) مشرك ايضا نظيره حتى ان دبرون لا يقل في الشرك عنهما ولو عده حضرة الامير من الموحدين لانه عرف الضحك في رسالته التي نشرها في مجموعة فيدال بقوله « انه مرض وبائي ومعد » ونضيف الى الائمة المشركين السواد الاعظم من اطباء اليونان الذين بعد ان درسوا الوافدة التي اجتاحت بلادهم هذه السنة درسا دقيقا جارونا في هذا الشرك هذه هي اراؤهم التي ابدوها لاحدنا حين زيارته لاثينا في صيف هذه السنة لدرس هذه الوافدة "والاطلاع على اراء اليونانيين فيها وانهم سيعثون بمقالات ضافية عن الموضوع الينا لتنشر في جزء خاص من مجلة امراض البلاد الحارة الفرنسية سيتولى انشاء احدنا واتنا لنسر ان نرعى الى جانب اراءهم وآرائنا اراء زملائنا البيروتيين .

اما لائحة الموحدين الذين اورد اسماءهم زميلنا الفاضل فاننا نخفي الرؤوس

إجلالا لهم ولعلمهم فإن مانسون وكستلافي قد درسا الموضوع درسا ضافيا غير
انهما درسا ضنك البلاد الحارة ولم يدرسا ضنكنا وما الكلام الذي اورده حضرة
الزميل عنهما الا كلام قالاه في ذاك الضنك لا في ضنك البحر المتوسط ونحن
لا ننكر ابدأ ما قالاه بل انا لا نزال نردد حتى اليوم ان ضنك البلاد الحارة
مرض بعوضي غير ان ضنكنا الذي يختلف عنه باعراضه السريرية وطريقة
نفسه مرض غير بعوضي وانا لنأسف للتعب الذي تكبده حضرة الامير في نقل
اقوال اولئك الثقة عن ضنك البلاد الحارة لانا لا ننكره ولا نخالفه فيه وكذلك
القول في كريغ وفسال وغيرهم الذين اجرؤا اختباراتهم في الهند والسودان ولم
يجروها في بلدان البحر المتوسط

أما الاختبارات التي أجريت في البلقان وذكرها زميلنا الفاضل لدعم
بهذه فكرته فليست من هذا النوع لان هذه الاختبارات قامت بهسا البعثات
النمساوية والاطالية عن حتى الايام الثلاثة لا عن الضنك وانا ندعوه اذا كان
الشك يخالجه الى قراءة البحث الذي كتبه دبرون عن هذه الحمى في مؤلف
روجه وفيثال وتيسيه ليتحقق ما نقول فنحن نرى زميلنا يخلط بين ما كُتب عن
الضنك وحتى الايام الثلاثة مع انه قد استغرب كل الاستغراب قولنا في مقالنا
ان الكثيرين يدمجون حتى الايام الثلاثة والضنك ولا يميزون الواحدة عن الاخر
ومع انه يعتقد تمام الاعتقاد بان المرضين مختلفان لا قرابة تجمعهما فنحن بدورنا
نذكر حضرة الزميل بان الاتهام واقع حتى الآن وبان تلك الاختبارات البلقانية
لا تبين ان تكون مستندا لدعم حجته عن الضنك

وأما تاتوك الذي اورد زميلنا كلامه المدرج في مجلة العالم الطبي لسنة ١٩٠٦

الصفحة ٢٦١) وهو « ان مقاومة الضنك تقوم الان بمكافحة البعوض » فلا يتكلم عن ضنك البحر المتوسط بل عن ضنك البلاد الحارة . اتنا كرميلنا نجل تانون ونسترشد بأبحاثه وأقواله غير اننا نؤكد لناظرنا الكريم كل التأكيد ان اراءه عن ضنك البحر المتوسط لا تختلف عن ارائنا وان تعاليمه لتلامذته توافق ما ذكرناه في مقالاتنا وانه لم يتردد في الصيف الماضي عن ابداء ذلك شفاهاً لأحدنا الذي حادثه ملياً في الموضوع .

واما الان وقد انتهينا من لائحة المشركين والموحددين المؤمنين فلنعد الى النقاط الاخرى فنقول :

يسألنا حضرة الزميل لماذا لا يظهر الريض (الحُمى النمشية أو التيفوس) في كل سنة مع انه ينتقل بالقمل والقمل موجود دائماً ولكن ليسمح لنا الزميل الفاضل بالقول ان الريض لا يظهر الا في زمن الحروب وفي السجون التي لا تراعى فيها القواعد الصحية اي حيث يكثر القمل فالقمل وان يكن موجوداً في زمن السلم فهو قليل العدد اما البعوض فلا يصح ان يقال فيه ما يقال في القمل فهو ينقف في كل سنة بالوف المليارات فكان الإحري به ان ينشر الضنك في كل سنة . ومتى عرفنا ان اثينا مدينة فقيرة بالمياه وان البعوض فيها قليل للغاية وانه لم ينقف هذه السنة اكثر من السنوات السابقة وان ثمانين بالمائة من سكانها قد أصيبوا خلال اسبوعين بوافدة الصيف الماضي التي انتقلت اليهم من اسيا الصغرى وان الوباء كان يدخل البيت فلا يترك فيه واحداً سليماً كما جرى في سورية السنة الماضية حق لنا ان نعجب لا نتقاله بالبعوض إلا اذا كانت البواخر قد أفرغت في مرفأ تلك العاصمة مع جوائح الاسيويين المصابين اكوام البعوض

ونشرته وهذا ما لا نظنه واقعاً .

اما ما يقوله زميلنا الفاضل عن بورت سعيد وقناة السويس وعن انقطاع الضنك منوماً بعد ان شرعت هيئة القناة الصحية بمحاربة البعوض واتلافه فيجب عنه :
 اننا نجعل زمن وافدة الضنك الاخيرة التي غشت السويس لنبدي رأينا في الامر غير اننا متى عرفنا ان الضنك مرض وبائي منقطع الظهور ومتى ادر كنا انه لم يقش اثنا منذ عشرين سنة مع ان البعوض لم يلف فيها كما في السويس حق لنا ان ننسب انقطاعه في هذه المدينة الاخيرة الى طرز تفشيه ولعل المستقبل يفاجئ حضرة الامير بما هو غير متظر كما فوجئنا مؤخراً بظهور الضنك على شواطئ البحر المتوسط الاوربية اي في ايطالية وفرنسة (مرسليا)

.....

قلنا ان انتقال الضنك للحيوان محتمل فلم يرق رأينا حضرة الامير لانه «لم يعثر على عالم واحد ثقة يقول انه استطاع نقل هذا المرض الى حيوان فضلاً عن انه في وافدة الضنك الاخيرة قد جرب بنفسه جفن القبعة والارنب والجرذ والفارة البيضاء يدم المصاب ومائع نخاعه الشوكي فلم تجح تجاربه » اجل قلنا فيما مضى ان انتقال الضنك للحيوان محتمل غير اننا اليوم نخرج عن دائرة الاحتمال ونقول ان انتقاله مؤكد واثباتاً لقولنا نذكر للزميل الفاضل موجزاً عن الاختبارات التي أجريت في اليونان ليطلع عليه ويتيقن اننا لم نكن على خطأ في ما ارتأيناه

نشرت المطبوعات الطبية (Presse Médicale) في جزئها ٧٣ الصفحة ١١٦٢

ما ترجمته :

« بعض ثبغات اختبارية عن الضنك اجراها في اثينا في شتاء سنة ١٩٢٨ في ذلك الزمن الذي لم يكن فيه اثر للبعوض الارقش (ستاغوميا) الحنكاج نج بلان وج . كامينو باترويس و٠ ماسوسا كيس G. Blanc, J. Caminopetros, et E. Massassakis بمقتنهم الوريد بالدم او المصل الدموي فقد ثبت لهم ان الضنك سهل الانتقال من الانسان الى الانسان وان تصفية المصل من شحنة شمولان لا تنقص قوة فوعته وان مصل المصاب بالضنك اذا حفظ في انبوب مغلق والظلمة وفي حرارة بين ١٥ و ١٨ مئوية يبقى ذا فوعة (virulent) ٥٤ يوماً وان الانسان يصاب بضنك خفي لا اعراض ظاهرة له البتة غير ان دمسه يكون ذا فوعة.

وان القبعة (cobaye) اذا لقيت بدم مريض مصاب بالضنك لا تظهر فيها الحى غير انها تصاب هي ايضاً بضنك خفي لان دمها بعد تلقيحها بخمسة ايام ينقل الضنك الى الانسان السليم - اما انتقال الضنك من القبعة الى القبعة فسهيل . وكذلك القول في تلقيح الحمام والديوك والغار الابيض والارانب فانه لهم شمس « فلراحي حضرة الزميل بله تقدم وهل نحن المخطئون في قولنا بان انتقال الضنك من الانسان الى الحيوان ام ان اختباره كانت ناقصة لانه لم يلحق الانسان بدم القبعة الملقحة ليظهر ما اذا كانت قد أصيبت بضنك خفي ام لم تصيب؟ ولماذا به في بقا المصل ذا فوعة بعد تصفيته الا يدل هذا على ان المصل المرضي في الضنك من نوع الجراثيم غير الموثية (virus filtrant) كما هي عليه الحيات الفاطية الحصنة والجدرى وسواها ؟

قلنا ان العراقل كثره الحدوث في الضئفك وانها قد تكون بمئة فاجاب
 زميلنا بما يخرج عن موضوع بحثنا لانه قال « ان الاشتراك كنت محتتملة الوقوع في
 جميع الامراض ولا سيما في الامكنة القليلة المقاومة عوالاكثر ضعفاً في الجسد
 وكم من مرض بسيط نبه مرضاً خيفاً كان كما لم يشعر به احسد نللا يصع
 والحالة هذه ان نحسب لقامة ذلك للمرض التالي اشتراكاً بسيطاً تأتي رأساً من
 امراض المرض الاول »

نحن لا نخالف محضرة الاميرجا يقول لا بل نصدر في القول الى ابعد من
 ذاك فان رضاً بسيطاً قد ينه سلاً فكم من ركة سات بعد ان رضت رضاً
 بسيطاً فلم يكن المرض والحالة هذه السبب في نقل جرثومة العمل بل ان تلك
 الجرثومة كانت كصفة الختمت فرصة يمانحة للظهور غير ان هذا كله يخرج
 عن موضوع بحثنا لاننا متى تكلمنا عن عراقل (اختلاطت) الضئفك فاننا تكلم
 عن العراقل التي اذاجه حله مباشرة بصفة كونه مرضاً خفياً لا عن الامراض التي
 ينهها باضعافه للنية فقد رأى زملاؤنا البولن في وافتهم هذه السفة من شدة
 هذا الداء ما شاهدناه نحن ايضاً في دمشق وما انكره علينا زملاؤنا البيرونيون

تقدم نشر الحكيم م س كورافوس (Saccharof) من اثنتا في المطبوعات
 الطبية مقالة صافية بحث فيها عن الضئفك بحثاً سريراً صريحاً ولم يتعرض فيها
 لطريقة انتقاله وقد جاء فيها « ان هذا المرض لا يغلو من غطرون الحرة وقد
 تبلغ ٤٢ مع ان القلب لا ينبض سوى ٧٠ نبضة في الدقيقة وقد يهبط عدد
 النبضات الى ٤٠ فيبدو المريض كأنه مغشى عليه ويخيل الى الطيب ان مريضه
 مصاب بداء ستوكس ادمس وان القلب يكاد يكون ثابتاً في الضئفك وهو

علامة أساسية فيه . وإن الزروف المختلفة من الانف والرحم والمعى كثيرة الحدوث وإن اليرقان ليس بالعرفلة القليلة الوقوع وإن الآحين - قد يبلغ ٢٠ غراماً في اللتر وإنذار هذا المرض ليس سلبياً . كما يظن فقد يموت المريض مغشياً عليه . . .

وقد ذكرنا في مقالة سابقة مشاهدة لاحدنا عن احد الشبان اجثت بها الضنك عرقله عصبية وهي التهاب الطبقة السنجابية الدماغية مع وهن فائق وقد نشرت هذه المشاهدة في مجلة الامراض العصبية الباريسية (جزء ٢٩ اذار سنة ١٩٢٨) .

وقد قرأنا في مكان آخر ان عدد ضحايا الضنك بلغ في اثينا ١٤٠٠ فهل هذا العدد مما يستهان به وهل يحق لنا بعد هذا ان ندعو الضنك مرضاً سلبياً ؟ لا لعمرى لان وافدة اليونان اثبتت عكس ذلك كما اثبتت وافدتنا في دمشق هنا عدا ما تركت هذه الوافدة في اجساد الذين أصيبوا بالداء من العقابيل (sequelles) التي لا تشفى او يصعب شفاؤها

واننا قيل ترك القلم نوجه كلمة شكر الى الزميل الفاضل الذي شاء ان تكون له جولة في هذا الموضوع^١ راجين ان يوفق المستقبل بين فكرتنا ولو كانت الخيبة قسنتنا والنجاح قسبته .



بحث الأعراض (Seméiologie)

في امراض جهاز البول

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ليست غابتي في هذا البحث الموجزان ألم بجميع الأعراض البولية لان هذا الدرس يستدعي إيجائاً بل ارغب في ان أبين طريقة التوصل الى المرض استناداً الى بضعة اعراض .

متى جاء مريض تابع لهذه الشعبة مستشفياً شكا

١ - آلاماً : واقرها في ناحية القطن او المثانة او الاحليل

٢ - او تشوش البيلة (trouble de la miction)

٣ - او تشوشاً في افراز البول

٤ - او انه يأتي لانه يرى ان منظر بوله قد تبدل وربما اجتمعت هذه

الاعراض او كان بعضها او ربما رافقتها اعراض تفغن

...

١ - الالام نقسمها ستة اقسام :

أ - آلام الاحليل : تظهر في الغالب حين البول فهي الالام التي يشكوها

المصابون بجرقة البول وهي حس احتراق شديد يستمر ما زال البول

متدفقاً ويطول قليلاً بعد نهايته . ومتى كان الاحليل الخفيف ملتتهاً تشع الالم

الى الشرج والمستقيم .

ويظهر الألم في المتضيقين أيضاً حين البيلة مسبباً من الجهد الذي يضطر المريض الى اجرائه لمنع البول .
ومتى ظهر الألم دون ان يبول المريض كان سببه اجساماً اجنبية في الاحليل كالخصاة . ومتى شعر بالألم عند نهاية الفيشلة^(١) كان دليلاً على حصاة المثانة .

ب — آلام المثة (البروستاة) : متى كانت المثة سليمة لم يحدث جسيماً الماً . وضخامة المثة نفسها ليست مؤلمة بل انها تؤلم متى تعرقلت (التهاب المثانة ، حصاة ، اسر) اما آفات المثة المؤلمة فهي التهابات المثة ، وخراجاتها وسرطانها

التهابات المثة ، وخراجاتها : تسفر الالام في العجان وتشع الى المستقيم والشرج والفخذين والقطن . وتتفاوت شدتها بتفاوت درجة الالتهاب . فهي مستمرة غير انها تخف وتشتد فهي تشتد متى امتلأت المثانة وفي اثناء البيلة التي لا تتم عفواً وحين التغوط ومس المستقيم .

سرطان المثة : لا تظهر الالام عفواً ما زال الورم منحصراً في المثة نفسها بل تبدو وتشع الى القضيب والحشفة وحسب مسير العصيين الوركى والفخذي واعصاب الحوض متى امتد الورم الى الاحليل والمثانة والنسيج الخلوي الحوضي فحلاً يعود المريض باقارباً على تحملها .

ج — آلام المثانة : لا يؤلم جس المثانة متى كانت سليمة اما متى كانت ملتهبة فليس الامر كذلك لان اخف ضغط من الباطن الى الظاهر ابو من الظاهر

الى الباطن حتى ان اقل لمس يحدث آلاماً شديدة .
وكذلك القول في امتلاء المثانة فهي متى كانت سليمة وامتلات ظهرت
حاجة الى البول دون ان يبدو اقل ألم ولا يعود هذا الحس مؤلماً الا متى توسعت
توسعاً كبيراً .

واما متى كانت المثانة مريضة فيظهر الألم قبل ان تبلغ درجة امتلائها
الطبيعي فتتقص سعتها . وتخفيف هذا الألم او محوه بتاتاً كما ان زيادة هذه
السعة ممكنان بالتخدير القطني .

ولا يحدث ألم المثانة عفواً بل هو ألم تحدته الحركة واجراء وظيفة المثانة
او ملاسة البول لناعية ملتهبة او مثقوبة . فمتى استراحت المثانة يتحوصل
البول عنها زالت جميع الآلام .

التهابات المثانة : مؤلمة دائماً غير ان درجات الألم فيها متفاوتة لان بين
التهاب المثانة الفائق الحدة والتهابها المزمن في المتوسعة مثاناتهم توسعاً لا يكاد
يكون مؤلماً نرى جميع الدرجات . واكثر ظهور الألم حين نهاية البول متى
عادت جدر المثانة الى التقريب وتلاصقت بعد ان فراغ المثانة او حين القنطرة .
حصى المثانة : تحمليها المثانة عادة ما زالت غير متقرحة غير ان المشي
وركبوب العربات والخطول تحدث آلام المثانة . وربما دخلت الحصى عنق
المثانة في الاطفال فاحدثت نوبة ألم حادة .

اجسام المثانة الاجنبية : تولد التهاب مثانة شديداً . سريع الظهور فتتعدد
البنيلات وتظهر الآلام لا تطاق .

اورام المثانة : ليشت المرجليات (polypes) مؤلمة ما زالت غير مثقوبة

غير ان الاورام المرتشحة والتي لا ذنب لها تؤلم ايلاماً سريعاً وقد لا تحتمل هذه الالام لشدها .

وربما انتشرت الالام في آفات الكلى الى المثانة وما هذا غير الانعكاس الكلوي الثاني فهو يظهر في التهاب الحويضة والكلية وفي استسقاء الكلية المتقيح (pyonéphrose) وفي رمل الكلية وسرطانها وسلها .
واكثر ما تكون آلام المثانة مسببة من الاسر الحاد او المزمن في المتضيقة احاليهم او المتضخمة موائهم .

د- آلام الحالب: تشترك غالباً مع آلام الكلية وقد تكون مفردة . كما في وقوف حصة في الحالب او في التهاب الحالب السلي . ومقر الألم في الحفرة الحرقية او في رجا الحوض فحذار من خلط هذا الالم متى وقع في اليمين مع التهاب الزائدة .

هـ- ألم الكلية: متى كانت الكلية سليمة وجست لم يكن جسها مؤلماً اما متى توسعت او احققت او شدت ذنبها فيعود جسها مؤلماً ولا سيما الحالب والحويضة فانهما يتأذيان من التوسع اكثر من الكلية . قد تعود اذن الكلية والحويضة والحالب في الحالات المرضية مؤلمة متى جست او عفواً دون ان تجس .

وتشعع آلام الكلية على مسير الحالب والى الخصية والفرج وفضل نموذج على آلام الكلية او بالاخرى على الام الحويضة هو القولنج الكلوي : فهو ألم فجائي واقع في الزاوية القطنية الضلعية ومنتشر حسب اتجاه الحالب الى المثانة والشرج والخصية والشفر الكبير وجذر الفخذ . وهذا الالم متواصل غير انسه يشتد ويخف مع تبويل وربما إبالة (anurie) موقته وقد يكون البول مدمماً

وتشاهد عوارض انعكاسية: اقياء ، غثيان ، فواق ، تشوشات وعائية حركية ، عرق بارد ، ضعف النبض ، نهج في التنفس ، ارتفاع خفيف في الحرارة (٣٨) النهاية : يزول الالم ويشعر المريض بتحسن حالته ويفزر البول ويصفو (بول عضبي) وقد تحدث بيلة دموية تستمر يومين او ثلاثة ايام . ويظل المريض شاعراً بثقل في قطنه عدة ايام .

التشخيص : يميز قولنج الكلية عن :

- ١ - قولنج الكبد : الذي يمتاز بظهور الالام في نقطة المرارة وتشعرها الى الحاصرة والكتف اليمنى ويرقان خفيف دون حدوث اعراض بولية .
- ٢ - التهاب الزائدة : الذي يمتاز بظهور الالام في نقطة ماك بورنه وبدفاع الجدار وبالاتباج العميق .
- ٣ - الفتق المختنق : الذي يمتاز بظهور اعراض دالة على انسداد الامعاء وبورم الفتق في احد الثقوب التي تخرج منها الفتوق .
- ٤ - الإختناق الداخلي : الذي يمتاز بظهور اعراض الانسداد المعوي وبخلو المشهد من الاعراض البولية .

٥ - نوبة السهام (التابس) الحشوية : التي تمتاز بالتشععات الشبيهة بالزئار وباعراض السهام الاخرى

ربما تظهر قولنج الكلية بدون حمى واعراض عفنة فينجم حينئذ من سببين اساسيين : أ - حصاة هاجرة : فيمتاز بظهور بيلة الدم قبل النوبة او بعدها . وبمحبوث الالم اثر المشي والتعب .

ب - استسقاء الكلية المائي : لا تلقى الحصاة بعد نهاية القولنج ويكون

البول طبيعياً وكثيراً ما تكون الكلية هاجرة فيشعر بها بعد التوبة .
وانسداد الحالب بخثرة قبيحة في سل الكلية او خثر دموية في سرباطات
الكلية يحدث قولنجات كلوية .

اوربما ظهرت مع القولنج حى واعراض عفنة . ففضا الى الالم الكلوي
اعراض دالة على التمعن وتسوء الحالة العامة ويتعكر البول بالصيد . فتكون
الحالة حينئذ حالة التهاب الحويضة او استسقاء الكلية المتفجع .

و- الام قطنية كلوية للنشل : يجب ان نميزها عن داء بوت والحزرة
(lumbago) والـم الـورب العـصبي فتى كان الالم مسنقراً جيداً في ناحية القطن
ويشتد حين ضغط الزاوية الضلعية القطنية وينتشر الى الحالب ، والخصية والفخذ
كان لا شك في انه كلوي .

وهذا الالم يحدث : أ - بدون حى : ١ - في الرمال والحصى الثابتة
في الكلية او الحويضة ويكون حينئذ عميقاً .

٢ - في الكلى الكبيرة الثقيلة ، واورام الكلية والكلى الكبيرة الاكياس
واستسقاء الكلية المائي الغزير .

٣ - في بعض التهابات الكلية المزمنة او في التهابات ما يحول الكلية
لانضغاط نسيج الكلية بالمحفظة .

٤ - في سل الكلية وهذا نادر لان الكلى المسطولة تؤلم قليلاً او
لا تؤلم مطلقاً .

ب - مع حى : ١ - في التهاب الحويضة او التهاب الكلية بالحويضة .

٢ - في استسقاء الكلية المتفتحة .

٣ - في التهابات ما حول الكلية المتقيحة . اذ تكون ناحية القطن جميعها موءلة متبججة وقد يكون الجدار متوذماً فلا تجس الكلية اذ ذاك بل تجس كتلة غير منتظمة .

٢ - تشوشات البيلة

بول الشخص متى كان سليماً ٥ - ٦ مرات في النهار ولا يبول ليلاً . وتبلغ كمية ما يفرزه ١٢٠٠ - ١٥٠٠ غرام .

ويزداد عدد البيلات او ينقص . ففي ازداد العدد سميت الحالة البول (pollakiurie) وهو قد يصيب غير المرضى البوليين لانه قد ينشأ من آفات المضم او آفات نسائية او آفات نخاعية شوكية .

ويجب ان يميز في المرضى البوليين البوال النهاري والبوال الليلي والبوال النهاري متى انتهت الحركة وسكنته الراحة كل ناجماً من الحصة لان الراحة لا تسكن البوال في التهابات المثانة وسنلها .

ومتى لم تنبهه الحركة كل ناجماً من التهاب المثانة والتهاب الاحليل الخلفي المزمن .

والبول الليلي بعد الساعة الثانية من الصباح يدل على ضخامة المثانة في بدنها . والبوال الليلي والنهاري : مع بول رائق دليل على ضخامة المثانة القديمة .

العبداء على قدم مثافي او سرطان المثانة او داء برت . ومع بول قيحي دليل على التهاب الحويضة والكلية البسيط او الحصى السلي . ومع بول قيحي ولم دليل على التهاب المثانة .

نقص عدد البيلات : ينقص عدد البيلات الى واحدة او اثنين في اليوم .

دليل على ان المثانة متسعة اتساعاً خلقياً ، وان المرء قد اعتاد مثل هذه العادة كما يحدث للنساء كثيراً ، او على آفة في الحبل الشوكي كالسهم او حالة عصبية اخرى .

الحاجات البولي لا تغلب دليل على تغرش العنق في التهابات المثانة وعلى الحصى والاجسام الاجنبية فيها ، وعلى المزاج العصبي وسوء الهضم اذ يكون البول رائقاً
صعوبة البولات — عسر البيلة :

أ — البيلة البطيئة : سببها ضيق الاحليل او ضخامة الموثة او ضعف تقلص المثانة او السهم .

ب — البيلة المتأخرة : متى كانت نهائية كانت دليلاً على التضيق او على حالة عصبية او من نشأ نضاعي شوكي ومتى كانت لبيلة دلت على ضخامة الموثة .

ج — الجهد في الافراغ : تنشأ من مانع فتي كان الجهد في بدء البيلة دل على ضخامة الموثة ومتى كان في آخرها دل على التهاب المثانة او حصاتها . ومتى كان مستمراً دل على ضيق او سهم (قابس) او خور (نوراستينيا)

تبدلات الرشق (jet) فمنها ما يشابه المثقب (tire - bouchon) او نصل السيف او يكون مشقوقاً وغير ذلك غير ان هذا كله لا اهمية له لانه ذو علاقة بشكل الصماخ .

اما نقص غلوة الرشق فيصافى في التضيق ولا سيما في ضخامة الموثة لان المريض يبول على حذائه وركبته .

وانقطاع البول فجأة في الاطفال والاحداث وهم وقوف دليل على الحصاة وفي المسنين وهم نيام على ظهورهم دليل على ضخامة الموثة .

الاسر (retention d'urine) معناه ان المريض لا يستطيع ان يقذف بعض ما في مثانته من البول او كل ما فيها باحليله كما في الحالة الطبيعية .
والاسر تام متى تعذر على المريض ان يخرج قطرة واحدة وناقص متى تمكن من البول ولم يتسكن من افراغ مثانته افراغا كاملا ويختلف الاسر عن الابلالة (anurie) وهو انقطاع الكليتين عن افراز البول اذ تكون المثانة فارغة .
واكثر ما يشاهد هو الاسر الحاد التام : ويرافق انقطاع البول حصر (angoisse) فيئذل المريض جهرداً شديدة ليبول ويئن اينما مزعجا ويمسك ما يصادفه ولا يلبث ان يقع بعد ان يكون قد اعياء التعب . فيعتربه حينئذ هذيان خفيف سببه شدة الالام والتسمم بالبول وترسم المثانة تحت جدار البطن مرتفعة حتى السرة . واذا لم يتوسط الجراح ادى ضغط السائل المنحصر في المثانة الى التغلب على المائع فبال المريض تدفقا (par egorgement) او وقع في السبات متسماً بالبول .

والاسر المزمن ناقص دائماً وهو اما ان يرافقه توسع او لا يرافقه . فاذا لم يكن توسع كان لا بد من التفتيش عنه ليظهر فبعد ان يبول المريض ويظن انه قد افراغ مثانته يقتتر فيعرف ان في المثانة ثمانية تراوح بين بضعة سنتيمترات مكعبة و ١٥٠ - ٢٠٠ سم^٣ او اكثر .
واذا كان توسع كان كشف الاسر الناقص اسهل لان المثانة تبقى كبيرة فيشعر بها كأنها كرة بالجلس البسيط او المشترك مع مس الشرج . ويبول المريض مرات كثيرة غير انه لا يفرغ من مثانته الا ما زاد عن سعتها . فهو يبول تدفقاً ويمتنب في هذه الحالة افراغ المثانة افراغا تاما لئلا يطراً نزف غزير

بتوارد الدم الى المثانة المتوسعة .

يحتاج الشخص ليبول بولا طبيعيا الى :

أ. — احليل حر . فكل آفة تسد الاحليل وعنق المثانة تفضي الى الاسر:
رض الاحليل ، حصاته ، الاجسام الاجنبية فيه ، التهابه ، انضغاطه (في المرأة)
ضيقه ، ضخامة الموثة ، تشنج العاصرة ، ورم عنق المثانة .

ب. — مثانة تقوى على التقلص : يبول الشخص بمثاته وليس باحليله (غيون)
ويعتذر افراغ البول اما آ — لسبب مثاني : كاستحالة عضلة المثانة او

تصلبها او شللها في الامراض الحادة او التهاباتها او التهابات ما حولها

٢. — او لسبب مركزي : رضوض النخاع الشوكي ، كسر العمود الفقري
داء بوت ، السهام ، الشلل العام ، الفالج الشقي

المعلجة : متى كان الاسر حاداً يجب ان يبول المريض بدون تأخر وفي ذلك

ثلاث طرق :

القنطرة ، خزع المثانة او يزها من الناحية الخلفية ، خزعا من العجان

القنطرة : سهلة متى كان الاحليل حرّاً وتعاد كلما قضت الحاجة .

ومتى كان الاحليل مسدوداً بالالتهاب كانت القنطرة ممكنة ايضاً غير انها
لا تخلو من خطر التعفن فتجرب اولاً الرفادات والحقن الشرجية والحمامات
القائمة الحارة .

ومتى كان الاحليل ضيقاً كان اجتياز الضيق متفاوت الصعوبة فمتى صعب
الامر وجب ان تدخل شمعة خيطية وتترك في الاحليل فيخرج البول حولها
ثم يوسع الاحليل او يمزع خوعاً باطنياً .

ومتى كانت الموثة ضخمة تفرغ المثانة مع مراعاة القواعد المتبعة في المصابين بضخامة الموثة .

ومتى لم تكن القثرة ممكنة فضل خزع المثانة الخثلي على البزل لانه خطر اما الخزع العجاني فيشار به في الاجسام الغريبة او الحصى التي تعذر استخراجها بالطرق الطبيعية . وهو الطريق المتبع متى كان الاحليل مقطوعاً . ومتى كان الاسر مزمناً كان علينا ان نتبع وصية غيون ولا سيما في ضخامة الموثة .

١ امر ناقص مع توسع : حذار من افراغ المثانة افراغاً تاماً . يستعاض عن البول المستخرج بماء مغلى ويخفف ضغطه تخفيفاً تدريجياً كل يوم عن الآخر . وكثيراً ما تصيب الحلى المريض على الرغم من مراعاة قواعد الطهارة فيوضع حينئذ قاثاتير ويترك في المثانة . فاذا حدث زحير لا يترك القاثاتير مفتوحاً بل يسد ويفتح كل ساعتين فتفرغ المثانة ويترك بعض البول . ومريض كهذا هو عرضة للموت في كل حين : لان القاثاتير اذا كان ملوثاً كفى للقضاء عليه بعد ٤٨ ساعة . فخزع المثانة خير ما يصنع في هذه الحالة .

٢ امر ناقص بدون توسع : القثرة واجبة اذا كانت المثانة غزيرة او اذا كان تعفن . اما عدد القثرة فيعين بالنسبة الى كمية المثانة .

سلس البول

هو خروج البول بسدون ارادة المريض وهو تام وناقص ، وليلي بنقص التقلص ، او نهاري بشدة التنبه ، او نهاري وليلي معاً .

ويجب ان يميز السلس الحقيقي عن السلس الكاذب فالسلس الكاذب تقدمه حاجة الى البول لا يتمكن المريض من التغلب عليها يتبعها سيلان البول سيلاناً غير ارادي وذلك في المتضيقين والمصابين بالتهاب المثانة و باحتقان عنقها .
وهؤلاء هم المصابون بأسر كاذب .

والسلس الحقيقي اما ان يكون منقطعاً كما في الطفل الذي يبول تارة بولاً ارادياً وطوراً بولاً غير ارادي . او يكون متواصلاً وذلك متى توسعت المثانة فتغلبت على العاصرة : كما في السلس تدفقاً الذي يصيب من ضخمت موائهم وضائق احاليهم او وقفت في احاليهم الخلفية اجسام اجنبية او اصابها رضوض جراحية او عارضة .

ويكون السلس في الاطفال عرضاً لآفة اخرى : كتضيق الاحليل الامامي ، والديدان ، والاسنان ، وحصاة المثانة ، وداء بوت ، والشوك المشقوق فيجب ان يعالج السبب .

ومتى اصاب السلس شخصاً حديث السن نسب الى ضيق الاحليل او الى سلس اساسي (essentielle) فيكون قد تأخر ظهوره الى السنة العاشرة او الثانية عشرة او اكثر ، او اذا كان التهاب مثاني فالى طبيعة هذا الالتهاب السلية .

واما في المأة فينسب السلس الى التهاب الاحليل او الى ورم الحوض او الى ناسور او هبوط الاعضاء التناسلية او سل عنق المثانة .

وفي الشيوخ : ينسب السلس الى ضخامة الموثة وضيق الاحليل او التهاب المثانة الحصى او سل المثانة .

٣ — تشوشات افراز البول

١ — المريض يبول كثيراً : يبول الشخص السليم في ٢٤ ساعة ١٢٠٠ — ١٥٠٠ غرام فمتى تجاوزت كمية البول هذا الحد كانت البوالة (polyurie) وتكون البوالة موقته متى جرّع الشخص كميات غزيرة من السوائل والمنافع المبوالة وبعد القولنجات الكلوية ونوب استسقاء الكلية المائي والاسر الحاد .
او تكون البوالة مستمرة : في المصابين بالداء السكري وداء بريت والهرع « هستيريا » وغير ذلك

و يكون البول في البوالة صافياً في المتضيقين والمصابين بضخامة الموثة والاسر و عكراً متى تعفنت مجاري البول في الحالات الآتفة الذكر او في سل الكلية والتهابات الكلية والحوض البسيطة .

٢ — المريض لا يبول بولاً كافياً : فيكون التبويل (oligurie) اذ يقل البول عن ٢٠٠ غرام في ٢٤ ساعة بسبب نقص وظيفة الكلية المسبب من تبدل ملحمتها (perenchyme) (حصاة ، ورم ، التهاب الكلية وغير ذلك) .
والانذار وخيم .

٣ — المريض لا يبول ابداً : فتكون الابالة (anurie) وذلك متى لم يسل المريض ابداً ومتى كانت المثانة فارغة لا تخرج منها قطرة بول بعد قفرتها .
وسبب الابالة :

أ — انسداد الحالبين بحصاة : يسد غالباً احليل واحد غير ان الكلية الثانية تنقطع عن الافراز انعكاساً . او ان الحالب ينضغط من الخارج بسرطان الموثة او الشرج او الرحم او بورم ليفي .

فتظهر في البدء تشوشات عامة قليلة الوضوح : قمه ودعث وهذا هو زمن التحمل وبعد ان تمر ٤ - ٥ ايام تبدو علامات تسمم الدم : صداع ، اقياء ، ضيق الحديقة انتفاضات عضلية الخ ويسمى هذا الزمن دور تسمم الدم وينتهي بالموت بعد ان يلتقى المريض في حالة سبات في اليوم السابع الى الثاني عشر .

ب - وقوف الكليتين عن الافراز : سببه تسمم حاد بالسليمانى او التهاب الكلية او آفة قلبية او آفة انعكاسية (حرق) او تخرب الكليتين بالسل او السرطان المعالجة : تكون في بدئها دوائية وتقوم باعطاء مساهل ومياه معدنية (افين فيتل) ومدرات للبول ثيوبرومين ، دجتالين ، مصل غليكوزي وتوسع المثانة بملاتها ماء مغلى واذا لم تثمر هذه الوسائط ارسل المريض الى الاختصاصي ليحرب قشرة الحالبين قبل ان تفوت الفرصة حتى اذا لم تثمر خزعت الكلية .

٤ - تبدلات منظر البول

بيلة القيح (pyurie) ظهور الصديد في البول عرض من الاعراض الكثيرة الحدوث في شعبة امراض البول .

يجب ان تعان الابوال حين افرازها (الابوال الحية) بعد ان يبول المريض في قدح شفاف ولا قيصة مطلقا للبول الذي يأتي به المريض في قارورة (الابوال الميتة) . يبول المريض في ثلاثة اقداح : ١٥ - ٢٠ سم في القدح الاول ومثلها في القدح الثاني وما بقي من البول في القدح الثالث .

أ - بول صاف مع خيوط قيح او خيوط مخاط وقيح في القدح الاول او الثاني او الثالث دليل على ان بيلة القيح آتية من الاحليل

ب - القدح الاول معكر : هو دليل على التهاب الاحليل الامامي السيلاني
القدحان الاول والثالث معكران والثاني صافٍ : دليل على التهاب الاحليل
الخلفي الحاد والتهاب الموثة وغدد كوبر .

ج - البول معكر في الاقداح الثلاثة : دليل على ان بيلة القيح تامة ويجب
في هذه الحالة ان تتأكد جيداً ان في البول قيحا وليس فوسفات او بولادة او بيلة
جرثومية (bactériurie)

فالبول الفوسفاتي يصفو متى أضيفت اليه بضع قطرات من حامض الخل
وبالولادة ترسب بالبرودة وتذوب متى سخن البول
والبيلة الجرثومية تظهر كأنها موجات حريرية في السائل متى رج القدح
ويثبت امرها بالمجهر . فمتى ظهرت كريات بيضاء بالمجهر كانت دليلاً على
البيلة القيحية .

وبيلة القيح التامة مثانية او كلوية : فيرجح انها مثانية متى كان الصديد
غزيراً في آخر البول اي في القدح الثالث ويرجح انها كلوية متى كان التعكر
متجانساً في الاقداح الثلاثة . او متى كانت بيلة القيح منقطعة . ومجمل القول
ان القدح المتوسط هو القدح الذي يمثل بول الكلية .

البيلة الجرثومية : البول فيها معكر ولا يصفو متى ترك وشأنه او متى انتبذ
وسبب التعكر ان في البول كمية كبيرة من الجراثيم (ولاسيما جرثومة الكولون
او المكورات العنقودية او عصية ابرت)

والبول فيها خالٍ من الكريات البيضاء . ويجب ان نتحقق ما اذا لم تكن البيلة
الجرثومية مسببة من حصاة كلوية فينفي ذلك بالرسم الشعاعي .

وتقوم معالجتها بمداواة السبب (مرض عام ، التهاب المoothة ، حصاة الكلية ، قبض) وتعطى مطهرات البول (اوروفورمين ، اوريزينين) ويستعمل الاستلقاء الذاتي (auto vaccination)

الديلة الدموية : هي القاء دم صرف او ممزوج بالبول في اثناء البيلات او الفترة وسببها الكلية او الحالب او المثانة او المoothة او الاحليل الخلفي واختبار الاقداح الثلاثة كاف ايضا لتعيين منشأ الدم . فاما ان يبدو في القرح الاول فقط او في القرح الاخير او في الاقداح الثلاثة معا .

فاذا كان مبدئيا اي في القرح الاول كان منشأه الاحليل الخلفي او المoothة او عنق المثانة او تمزق رضي (كسر الحوض) او طريق كاذب شق في اثناء فترة رجل مصاب بضخامة المoothة او حصاة او سرطان المoothة .

واذا كان انتهابيا اي في القرح الثالث كان سببه المثانة كتهابها السيلاني او السلي او حصاها او ضخامة المoothة . اما الاورام فان ييلة الدم تظهر فيها اكثر وضوحا في القرح الاخير .

واذا كان تاما اي في الاقداح الثلاثة كان منشأه الكلية واسباب ييلة الدم ثلاثة حيث:

الرمل مع قولنج الكلية او بدونه ويظهر الدم حيثذ ان الحركة .
السرطان فيظهر الدم عفوا ولا يخف بالراحة ولا بالحركة وقد يكون مقطعا اي بيلات رائقة متناوبة مع بيلات مدممة .

السل والدم فيه قليل غير ان النزف الغزير ليس مستحيلا في بدء سل الكلية لان هذا العضو ينزف متى سل كما تنزف الرئة او في سياق سل الكلية

اذ تحدث نزوف غزيرة متكررة شبيهة بالنزوف السرطانية ، و يبقى البول معكراً بين نزفين .

المعالجة : ليست بيلة الدم سوى عرض لمرض يجب علينا ان نتحراه ونعالجه فكل بيلة دم لا يعرف سببها تستدعي اضاءة المثانة وفحص مسالك البول جميعها واذا كان الدم غزيراً وخطراً وجب اعطاء قاطعات النزف تجرعياً (كلورور الكلسيوم) هاموستيل ، مصل مضاد للذباح « دفتيريا » او موضعياً حقن المثانة بمحلول الاتبرين العشري والمصل الحلقى « الفسيولوجي » الحار او حقناً تحت الجلد كما في مكافحة النزوف الغزيرة مهما كان مفرها .

ويوضع مسبار ثابت في المصابين بضخامة الموثة او تخزع المثانة .
ويجب استخراج الخثر الدموية من المثانة بادخال مسبار ثخين فيها واستنشاقها بمحقنة المثانة فتحقن المثانة بستين الى مائة سم^٣ ماءً حاراً وتستشقق في الحال بعد الحقن بها وتخرج الخثر معها
واساس المعالجة يقوم بمكافحة السبب .

٥ - التعفن البولي

بول المثانة في الشخص السليم خالٍ من الجراثيم غير انه يتلوث
أ - في آفات جهاز البول العفنة
ب - في العفونات العامة مع تعفن الدم دون ان تستقر الافات في جهاز البول وهذه هي البيلة الجرثومية الثانوية
ان امتصاص البنية للجراثيم والذيفانات البولية المنشأ يحدث العفونة البولية التي تتظاهر بثلاث تظاهرات .

١ - النموذج الحاد: تعري المريض فجأة عرواء شديدة وحى عالية درجتها $\epsilon_0 = 41$ فرق قشوشات هضم اثر معانة جهاز بوله ببعض الآلات او قشورنه او خزع احليله الداخلي او توسيعه او تفتيت حصاة وتستمر هذه النوبة ٢٢ ساعة ثم يأتى البحران

٢ - النموذج الخفيف الحدة: تتاب المريض نوب متكررة لا تفصلها الا فواصل قصيرة او حى متواصلة تشتد وتخف دون ان يقع البحران .
ويكون اللسان احمر جافاً كأنه الشواء (لسان البغاء) وكثيراً ما يبدو القيء والاسهال وتظهر تارة حالة نعاس وطوراً هذيان وتبول وتوأم الكليتان متى جستا وتبقى هذه الحالة $5 = 20$ يوماً ثم تنتهي بالبحران وكثيراً ما تنتهي بالموت .

٣ - النموذج المزمن: الحى متواصلة تموج بين $38 - 39$ تشوشات المضم واضحة تسبب الهزال ، لون الجلد اصفر تبني ، وهو الدنف البولي يظهر هنا النوع في المصابين بالاسر المزمن والمتعفة ابوالهم .
المعالجة : واقية : وهي تقوم باستعمال اللطف^(١) في المعانة وبمراعاة التطهير ومضاد التطهير مراعاة دقيقة

وشافية وهي تقوم بانهاض البنية وتسهيل العرق بالاثربة الكحولية الحارة: والكينين والاوروفورمين وبوضع مسبار ثابت او خزع المثانة .
واذا لم يشر خزع المثانة تخزع الكليتان .



اعراض الرمل المراري وتشخيصه ومعالجته الجراحية

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية .

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

لا يزال على امراض الرمل الصفراوي مسحة من الغموض . لانه اذا كانت الاختبارات والسريريات قد اثبتت ان عدداً من الرمل المراري ناجم من التعفن (عفونة الدم او العفونة الصاعدة الناجمة من الامعاء ، والتهاب مجاري البلغم في محيط الاثني عشري والمثكلة « البكرياس ») فليس لها ان تنكر ان عدداً آخر من الرمال غير عفني لا تنطبق عليه نظرية العفونة .

ويظهر ان الافكار متجهة في ايامنا الحاضرة الى تشوش وظيفة الخلية الكبدية وان تكون الرمال يعزى اليه فان الاصبغة التي تنضجها الكبد ليست الا حصيات دقيقة لا تلبث بعد وصولها الى المرارة من ان تصبح نواة للرمل الصفراوي . فيكون تكون الحصى والحالة هذه ثانوياً لا مبدئياً ولو كانت هذه الحصى تتكون في المرارة حول الاصبغة . ولكن ما عساها ههنا آلية تكون الحصى وامرها لا يزال غامضاً ومستقبليها لا يزال متلبداً بالتحفظات . فاذا كان السبب الاول هو خلية الكبد ووجهنا اهتمامنا الى الطرق الصفراوية نكون قد وضعنا المريض في مأمن من تكون الحصى غير اننا لم نقه ظهور عدد عديد من التشوشات . فان الكثيرين من المصابين برمال المرارة مكبودون نغني بذلك انه لو قطعت مرائرهم المجتمعة بالحصى ونجوا من العراقيل التي تهددهم حتى من

السرطان كان عليهم ان يظلموا مشايرين على معالجة دوائية ونظام غذائي خاص اذا كانوا يرغبون في ان يظلموا اصحاء . فمولا المرضي تلائمهم مباد فيشي اشد الملائمة بعد ان تكون قد استوصلت مرائرهم . ومتى اختلت وظيفة المرارة بدت الاعراض الدالة على تأذي هذا العضو . غير ان جميع المرائر لا تبدي تأثرها على السواء فان بعضها تبقى صامته فما من يجهل ان بعض المرائر تمتلىء حصى فتحتل ما فيها دون ان يبدو منها اقل عرض دال على مرضها الى ان يموت المريض فتفتح جثته اسبب آخر ويعثر على هذه المرائر المحسوبة .

كما ان من المرائر ما لا يتحمل الحصى فيبدي اعراضاً شديدة وكثيراً ما تظهر بمظهر قولنج الكبد وهو ألم فجائي يأخذ المريض بعد الطعام بيبضع ساعات مستقر في المراق لا يمين ومتشعب الى الكتف اليمنى وقد ترافقه اقياء ، مدته ٦ - ١٢ ساعة . وسبب هذه الآلام توتر المرارة التي تجدد في القاء محتوياتها ولكن لماذا لا يطرأ على جميع المصابين بالرمال هذا القولنج ؟ ان لبئس الشخص ولطبيعته تأثيراً في هذا الامر : فإ القولنج الا عبارة عن تبه العصب الناتئ ودليلاً على خراج خاص .

وبعد ان يزول الألم الحاد يبقى ألم موضعي ثابت مع حس ثقل في المراق الايمن واذا جس رجا المرارة عند نهاية الضلع العاشرة تبه الألم مع تشعاعه الخاصة الى الكتف والظهر

وقد يحس تحت حافة الاضلاع الورم الناجم من توسع المرارة لانسداد قنواتها بالحصاة فيشعر بورم متوتر متحرك بحركات التنفس .

ومتى كان التهاب المرارة ناجماً من سبب آلي لا تظهر سوى هذه الاعراض

(الطبيعى (physiques)

ويجب ، متى شك في ان الالم مراري ، تحري علامة مورفي وهي ان يشق المريض شيقاً عميقاً فيخفّض كبده ويضطر الى ايقاف شيقه لشعوره بالآلم وهناك طرق اخرى لتحقيق التشخيص :

الرسم الكهربى : توصل علماء الاشعة بعد اتقان معداتهم الى كشف الحصىا غير ان التشخيص السريري يكون قد وضعه الطبيب قبلهم . ولعل بعض التبدلات التي تطرأ على الاثني عشري اى انجراره او تسطحه بالمرارة أكثر دلالة من ظهور الحصىا .

وتستعمل اليوم طريقتان اخريان لتحقيق : نيبب الاثني عشري (tubage duodénal) ورسم المرارة (cholécystographie) .

نيبيب الاثني عشري : من المعلوم ان لكل من صفراء المرارة و صفراء القناة الكبدية تركباً خاصاً . فيستفاد من هذه الخاصة ويحقن بانبوب اينهورن (Einhorn) بمحلول منبه يدعوا المرارة الى التقلص فتى كانت قناة المرارة مسدودة بحصاة لا اتمكن صفراء المرارة من المرور بل تمر صفراء القناة الكبدية وحدها وهي الصفراء التي تجمع استنشاقاً .

رسم المرارة : يقوم بتجريع المريض مادة ظليلة ازاء الاشعة المجهولة او بحقن وريده بها على ان تفرز الكبد هذه المادة فتختلط بالصفراء .

وهذه المادة هي الفانول فتلائن او اليود الرباعي (tétra iode) الذي يتراكم في المرارة فلا تخرقه الاشعة فتى امتلأت المرارة بهذه الصفراء الظليلة وبكانت فيها حصاة ظهرت المرارة ظليلة والحصىا شفافة فيها . ولكن اذا لم تصل

الصفراء الى المرارة بقيت شفافة فلم تظهر بالرسم فاذا لم تبدُ المرارة بالرسم ولم يجمع بانبوب اينهورن غير الصفراء الكبدية ثبت لنا ان المرارة سليمة .

السير : سير رمل المرارة يختلف كثيراً فهو قد يكون مستتراً ويشفى فوراً او يظهر بنوب متعاقبة فيعيد الحياة مرة .

وسواء استتر او ظهر فالعراقيل ممكنة الحدوث حتى ان بعضهم يقول ان التهاب المرارة لا يتصف باعراض خاصة بل انه يظهر بعراقيله :

العراقيل العفنة في المعشكلة او الكبد التي لتصف غالباً باليرقان والحلى المنقطعة او المترددة وبضخامة الكبد وايلامها

وقد تظهر عراقيل خطيرة فجأة وعلى المريض مظاهر الصحة الحسنة لان ما يحدث في الاسفل عند الزائدة الدودية يحدث ايضاً في العالي عند المرارة فيظهر الالم الموضوعي نفسه والتفاعلات الحلية ذاتها والاقياء وتبدلات النبض والحرارة وتسير السير نفسه ويظهر اثباج او لا يظهر وتكون خراجة في جدار المرارة او حولها فتهدد الكبد والكولون والخلب . واستطبابات التوسطات الجراحية كما في التهاب الزائدة تستدعي الاسراع في بعض الحالات او تسمح بالتأخر ريثما تكون قد بردت الاعراض وذلك تابع لرأي الجراح وحالة المريض ومن التهابات المرارة ما هو متغفر متصف بموات جدر المرارة واثقابها وحدوث التهاب الخلب المميت ، كما في التهاب الزائدة تغلب الاعراض العامة على الاعراض الموضعية ، هذا اذا لم يسرع الى اجراء العملية الجراحية واذا لم تكن الالتصاقات قد تكونت .

ويشخص المرض في هذه الحالة بشدة الآلام وتنفع جدار البطن المنتشر

وسحنة المريض واضطرابه

اما العملية فهي استئصال المرارة لانها العملية الفضلى متى كانت المرارة مثقبة هذا اذا كان الامر ممكناً او خزيع المرارة وذلك ما تحت الكبد وتخفيضه وهو ما لا تحمد عقباه غير ان الضرورة تقضي به اذا كانت حالة المريض لا تتحمل اكثر من ذلك . ويتعلق النجاح بالوقت الذي يفصل العملية الجراحية عن بدء هذه العوارض .

واذا استثنينا هذه الحالة التي تدعو بها شدة العوارض الى الاسراع بالعملية الجراحية كان علينا ان نربص ريثما يكون التهاب المرارة قد مر الى الازمان او انقلب التهاباً خفيف الحدة او عاد نوباً منقطعة . واستئصال المرارة متى احسن اجراؤه جليل الفائدة ايضاً حتى متى لم تكن المرارة متعفنة ذلك متى استسقت المرارة وتوسعت او متى احدث الرمل آلاماً او تشوشات هضمية ناجمة من الضغط او من فعل منعكس . هذا اذا لم تكن آفة في المعدة او الاثني عشري او الزائدة مرافقة لآفة المرارة ولم يكشف امرها فتبطل فائدة هذه العملية لان الآفة المذكورة الكائنة في مكان آخر تحدث هذه العوارض .

فتى شخص المريض بعد الفحص السريري الدقيق وجب بضع هولاء المرضى المصابين برمال المرارة .

انني اترك الاعتناءات السابقة للعمل الجراحي جانباً لانها لا تختلف عن الاعتناءات الواجبة مراعاتها في جراحة البطن : اعطاء الحضر والسكر وقليل من اللحم والامتناع عن المساهل ، قياس نخثر الدم ولا سيما في الميروقين ، والمدة اللازمة لنخثر الدم في الشخص السليم هي عشر دقائق فاذا لم يتخثر الا بعد ١١

أو ١٢ أو ١٥ دقيقة خيف من النزف ووجب اتقاؤه بمعالجة ملائمة وذلك بنقل كمية قليلة من الدم او يحقن الوريد بمحلول كلورور الكلسيوم العشري كما يصنع مايو فيحقن منه بخمسة سم^٤ على ان تدفع بطوء زائداي الأيمن أكثر من سم واحد في الدقيقة^٥ وتكرر هذه الحقنة يومياً ريثما يعود تخثر الدم طبيعياً .

ويجب على من يرغب في النجاح ان يتبع في عمله الجراحي طريقة حسنة : فلا يلوث الخلب ولا يجري عملاً ناقصاً فعليه اذن ان يسبر جميع المجاري الصفراوية وان يستخرج منها الحصى .

تلائم الشروط التشريحية لوقاية الخلب من التعفن : ففي العالي الكبد وفي الاسفل الكولون ورباطه وفي الانسي الرباط المعلق للكبد اما في الوحشي فليس ما يقي الخلب والقاع مائل حتى الحفرة الحرقفية اليمنى فيجب اذن ان توضع الرفادات والقطائل في تلك الناحية واذا ادخلت الاصبع في عمق الناحية تحت الكبد خلف الذيل الكبدي مرث بفوهة ونسلو المتصلة بجيب الثروب الخلفي وكان تلوث تلك الاقسام ممكناً بالسوائل فعلياً ان ننتبه للامر .

ويجب ان يوسع الفاصل ما بين الكبد والكولون جيداً لكي ترى جميع المجاري الصفراوية جيداً بالعين وتجس بالاصبع وذلك ممكن بوضع المريض وضعاً ملائماً وباتقاء خط الشق . يبسط جذع المريض بسطاً عتيماً وذلك بوضع وسادة اسطوانية تحت فقره الظهرية العاشرة والحادية عشرة والثانية عشرة وليس تحت الانحناء القطني لان وضعها هناك لا يفيد شيئاً .

ويختار شق لا يغلقه هذا البسط العتيق اذن نجتنب الشق العمودي ونجعل

للشق قسماً معتزلاً محاذياً ما امكن لالتوائي حافة الكبد ورباط الكولون

وليس لقطع الاعصاب أهمية كبيرة .

ولكن اي العمليات نجري على المرارة ؟ هذا تابع لحالة المرارة نفسها فاذا كان التهابها مزمناً اخترنا استئصالها الا متى كان الاثني عشري جميعه ضامراً او متى كانت الالتصاقات شديدة .

ونستعمل المضغ دون ان نتبعد عن الجهاز الصفراوي محتئين اثناء الثرب والمرارة والاثني عشري . واذا كانت المرارة محتبة تحت القرص المؤلف من التصاق الثرب بالكولون وجب علينا ان نفثس عن فُرصة الكبد المناسبة لطرف السرير الذي تضطجع عليه المرارة . ومتى عثرنا على المرارة استرشدنا بها للوصول الى قناة المرارة ومنها الى مثلث القوائم الصفراوي (trépiéd biliaire)

ومتى بقيت الكبد محافظة على ليانها كان اخراجها من البطن ممكناً فيجب جرحها اولاً الى الاسفل والا منعها حافة الاضلاع عن الخروج .

اما في التهابات المرارة الحادة فهل نحفض او نقطع المرارة منذ البدء ؟ متى كان الالتهاب حاداً اجتنب التفريق العنيف واكتفي منه بالقليل الذي يمكننا من الرؤية ووضع الاحفوض . فان خزع المرارة خزعاً بسيطاً لا يشفي تعفن هذا الحويصل لان جداره يكون مرصعاً بخراجات دخنية ربما كانت سبباً في احداث خراجات بعيدة وقد اتسعت دائرة استئصال المرارة لان الخوفيات فيها لم تعد كثيرة وضائق دائرة خزع المرارة . ومتى كان جرّ المرارة نحو الجدار ممكناً كان استئصالها مستطاعاً ومتى لم تجر كان خزعها مستصعباً كقطعها يستتبع من هذا اذاً ان استئصال المرارة مشار به في التهابات الحادة ايضاً الا متى كانت حالة المريض العامة سيئة او كان التعفن شديداً فاقضى الاكتفاء

بالتقليل او متى لم تكن واثقين بان المجاري الاساسية حرة .
ولست ارجب في وصف الطريقة الجراحية وصفاً مبهماً بل اكتفي بذكر
النقاط الاساسية التي لا بد من معرفتها في استئصال المرارة .

في استئصال المرارة طريقتان : ١ - من الامام الى الوراء وهو استئصال
المرارة الامامي غير ان الاتجاه مستصعب في هذه الحالة وقطع التزف كذلك
لان فترعات الشريان المراري تكون قد تكونت فليست هذه الطريقة اذن
الطريقة الفضلى . غير ان الضرورة تقضي باتباعها في بعض الاوقات وذلك متى
كانت المرارة مطمورة بالاتصاقات ولم يكن الوصول اليها بسوى هذه
الطريقة ممكناً .

وربما قضت الحال في بعض الاوقات بعد خزع المرارة بادخال الاصبع
فيها وتفريقها كما يفرق كيس الفتق .

٢ - من الوراء الى الامام وهو استئصال المرارة الراجع : ليس اجراء هذه
الطريقة ممكناً الا متى كانت فوهة ونسلو حرة وكان مرور الاصبع فيها مستطاعاً
لمسك الذنب . هذا هو العمل التشريحي غير انه ان لم يكن ممكن الاجراء دائماً
فعلى الجراح ان يجد في اجرائه ما استطاع . وربما كان في وقوف الجراح الى يسار
المريض بعض التسهيل عليه . يقطع مشول الثرب الصغير او صفيحته الامامية
على حافة القناة الجامعة الوحشية ويفتش عن ذنب قناة المرارة بالمسبار المنقوع
ويكمل التسليخ حتى ترى القناة الكبدية واتصال قناة المرارة بالقناة الجامعة جيداً .
لان هذا الاتصال يختلف مرقه . ويجب ان يرى هذا الملتقى ويسلخ جيداً
لنكون واثقين اننا لسنا ازاء شذوذ تشريحي لان جهل هذا الامر يفضي الى ما

لا تحمد عقباه .

ويجب أن تشد المرارة المثبت قعرها لكي يسهل التسايخ غير انه لا يجوز ان تجر كثيراً حين الربط لئلا يتزوى الملتقى فتربط القناة الجامعة .

كما انه لا يجوز ان يترك من قناة المرارة جذمور طويل لئلا تكون مزارة جديدة وتمتلىء حصى . يجب اذن ان تربط قناة المرارة قريباً من القناة الجامعة ما امكن بعد مسكها بمقاشين مع الاحتراس الشديد من تجاوز هذه القناة اجتناباً للخطر . وبعد ان تقطع القناة يشد جذمور المرارة فيبعد شريان المرارة عن الشريان الكبدي والقناة الكبدية . ويحترز هنا ايضاً من ربط هذه الاعضاء التي قد تجرّها الالتصاقات حتى مرفق المرارة لهذا يجب ان يمسك الشريان المراري حسب محاذاة المرارة بجوار العنق مباشرة . ومتى ربطت كناناً في مأمن من النزف وكان فصل المرارة عن سريها الكبدي سهلاً .

ولكن كيف يعالج جرح الكبد ؟ يدك الالمان الناحية غير ان نزع هذا الدك مؤلم جداً فضلاً عن انه يحدث التصاقات حول الاثني عشري اما الامير كان فيغلثون الجرح وذلك متى كان التهاب المرارة مزمناً وهرتمن يضع احفوضاً . ولا يستردوفال الجرح بالخلب بالنظر الى التهاب المجاري البلغمية فان شريعات الوباط المعلق تميل من طبيعتها الى التقارب والاندمال وصفوة القول ان في ذلك ثلاث طرق : الستر بالخلب والتحفيز والدك .

عملية التحويل : متى كان سرطان او كانت القناة الجامعة مسدودة لالتهاب المشكلة يجب ان تفاغر المرارة والامعاء .

ولا تفاغر المرارة والاكولون المعترض لان محتوياته عفنة ولان الصفراء لافائدة

منها فيه للهمس

ولا تفتاغر المرارة والاثنى عشري مع ان الامر منطقي لان المفارقة مستصعبة
اما المفارقة في الصائم فافضل منها في الكولون غير ان التزوي ينجم منها
فبناء على ما تقدم اشار بعضهم بمفارقة المرارة والمعدة واجروها ولا خوف
فيها من التعفن الثانوي غير ان هذه العمليات كلها ملطقة .

النتيجة: استئصال المرارة هو العملية الفضلى في رمل المرارة ولا سيما متى
كانت جذرها مصابة . ولا محل لخزع المرارة الا متى كان استئصال المرارة
متعذرا لاجراء . اي متى كانت حالة المريض العامة خطيرة او كان طاعنا في
السن او تأخر اجراء عملياته .

وربما خزعت المرارة اولاً اضطراباً ثم استؤصلت بعد حين متى تحسنت
حالة المريض العامة واصبح قادراً على تحمل العملية فيكون قطع المرارة قد
تمّ بزمين .

الاعتنات بعد العملية: يجب ان يعطى هؤلاء المصروعون ما فقدوه من الماء
بان يقطر لهم المصل الغليكوزي قطرة قطرة حسب طريقة مورفي ولا يعطون
المورفين او يعطون منه مقداراً قليلاً لان الكلوآل والاسبرين كافيان للتسكين .
وتوضع على ناحيتهم الكبدية مكمدات حارة تخفيفاً لاحتقان كبدهم ولا
ينومون على ظهورهم منبسطين تمام الانبساط اجتناباً لركود الرئوي لانه اذا كان
التهاب الحلب نادراً فالعراقل الرئوية كثيرة الوقوع لان المريض يشنفس
تنفساً خفيفاً بالنظر الى مقر الجرح .

والعرقلة الكبرى هي حوضه الدم التي تكافح بحق الشرج بثاني فحمة الصوده

وربما توسعت المعدة توسعاً فجائياً بعد العملية لان المرضى المصابين بالرمل الصفراوي هم في الوقت نفسه مصابون بهبوط الاحشاء . (انضغاط القطعة الثالثة من الاثني عشري بالذنب الماساريقي)

النتائج : ليست نتائج خزع المرارة حسنة كتتائج استئصال المرارة الذي يعادل الشفاء التام فيه ٧٥ بالمائة . واذا ظهرت عقايل (sequelles) كالأم والتشوشات المضمية فيكون السبب التصاقات نجمت من الدك او حصاة لم ينتبه اليها لان الاستقصاء في المجاري الصفراوية كان ناقصاً . غير ان هذه التشوشات المستمرة الناجمة من التهاب ما حول الاثني عشري والمشكلة ليهت خطرة لانها تخضع للمعالجة الدوائية .

متى أجريت العملية باكراً كانت تامة ونجا المريض من العواقب المقبلة المسببة من الالتصاقات .

الجزء الثامن الممتاز من مجلة الآثار الشهرية

تصفحننا عدد تشرين الاول سنة ١٩٢٨ من مجلة الآثار التي يصدرها عن زحلة العلامة الاستاذ عيسى اسكندر المعلوف فألفيناهُ جزءاً ممتازاً في الحقيقة بما ورد فيه من المقالات الشائقة التي تبحث في التاريخ والاجتماع والادب وبما حوى من الفصائد البديعة الرقيقة التي نظمت عقودها الثمينة العقول المفكرة والعراطف المتفجرة . فجا هذا العدد من أفضل المجلات التي نشرت على العالم العربي في هذا الشهر . وجاء والحق يقال مأثرة من مأثر الا تاذ المعلوف الكثيرة التي تنطق بفضله حتى قل ان يجاريه مجار في هذا العصر من كتاب العرب وعلمائهم في ما وقف النفس عليه من خدمة اللغة والتاريخ .

فتنشي على الاستاذ المعلوف اطيب التناء ونرجو منه ان يتبعه بنى - بنى وآخر بقرره ودرره واجين لمجلة الآثار دوام التقدم وسعة الانتشار .

فهرس المواد العام

للمجلد الخامس من مجلة المعهد الطبي العربي

متراب على حروف المعجم

« أ » -

الصحيفة

- الاثني عشري المزملة الناقصة (تضيقات) — ٥٢٣
- الاستفقاء — ٥٢٢
- الاشبة فوق البنفسجي ونتائجها (المداواة) — ٤٦٠٤٣٩٧
- اعراض سحائية متكررة في حامل قديم لا كياس المتحولات — ٣٢١
- الاعور الحاد المتحولي (التهاب) — ٥٧٧
- الالفاظ الطبية (الخلب والحرب) — ١٨٢٤١٨٠
- (المشيمة ترادف البلاسنتة لا السغد) — ٢٣٠
- الامعاء (انسداد) — ٢٤

« ب »

- البرنج السيلاني بالاستدماه الذاتي (مداواة التهاب) — ٢٦١
- البلعوم (التقيحات المحيطة) — ٢٧٢٤١٩٨ : ١٤٧٤٧٤٤١٠

« ث »

- التآليل بالانفعا (شفا) — ١٧٠

« ج »

- الجراحة (آفاق) — ٤١٧
- جراحة البطن (التحريض في) — ٣٥٢
- الجراحة في سياق سنة ١٩٢٧ — ٥٣٢٤٤٩٨
- جراحة المدة — ٤٨٦
- جهاز البول (الالات الاكثر استعمالا في امراض) — ٥٣٨

« ح »

الصحيفة

٦٨

حصاة ام عقدة في الرئة

٣٨٥

حصاة مثانة في طفل عمره ١٨ شهراً

٤٠٣

— حكمة المرادي (وفاة الحكيم —

٢١

الحمي التيفية وداء المتحولات

١١٥

حموضة البول وتقديرها ب PH

« خ »

١٣٨

خلع ولادي مجهول

« د »

٧١

— داء الافرنج (تاريخ —

٦٥

— داء المتحولات (الشكل التيفي من —

١٢٩

— داء (الانواع الدماغية السحائية في —

« ر »

٢٥٧

— الرئة المجهول المنشأ وشفائه بالامتئين (خراج —

٧٢

الرحى العنارية

٥

الرمم الحبيبي في سوربة

٦٣٣

— رمل المرارة وتشخيصه ومعالجته الجراحية (اعراض —

« ز »

٧٣

— زكام الرضع (معالجة —

« س »

٢٧١

— السعال الديكي بالافدرين (مداواة —

٢٨٠

— الببكر بعد الموت (تشخيص —

« ض »

٥٩٩٤٥٤١ ٦٤٠٤١٣٣٦ ٦٣٢٥

الضئك لا ينتقل بالبعوض

الصحيفة

٦٠٦٤١٠٦٣٤٤٦٣٤٠٦٣٣٣

الضئك ينقل بالعوض

٤٣٤

ضباع اللفظ مع فاج شقي امين في امرأة
عمرها ستون سنة مصابة بتضيق اكليلي

« ع »

١٩٤

عرض أون دوشان

٣٩٢

عرض التهاب الطبقة السنجاوية الخفيف الحدة مع وهن
فائق منشأ مضيق شوكي نال للضئك

٥٤

— العصب الفكي العلوي (نخود ير —

١٦٢

— العلق (اعلق —

٥٦٠

— العين (صحة —

« غ »

٤٧١

الغشي وحقق القلب بالكظر بين

« ف »

٣

فاتحة للبينة الخامسة

٤٥٥

فالج شقي ايسر مع ضباع اللفظ

٤٧٥٦٢٠٨٦١٥٣٦٩٥

— الفك بمرام نارية (كسور —

٢٥٤

فورونوف في المعهد الطبي

« ق »

١٦٤

— القصبات (نظرة في معالجة توسع —

٥٩

— قولنج الكبد (مداواة —

« ك »

٨٥

— الكعبين (كسور —

٥١٧

— الكلية مع ليلة الدم (التهابات —

٢٩١

— الكولون المزمنة (التهابات ما حول —

« ل »

الصحيفة

٤٢٩

اللجنة الفرنسية في معهدنا الطبي

٥٥٥

— (الب) صيانة حياة —

« م »

٥١١

المؤتمر الطبي الدولي لامراض المناطق الحارة

٣٠٤

— مرهم الزئبق (طريقة حديثة في استحضار —

٦١٥

— مسالك البول (الاعراض في امراض —

مطبوعات حديثة

١٨٨

اطروحة الحكيم منير السادات

٥١١

جدول الامراض

٦٣

الجراحة الصغرى لمازونه

٦٤٣

مجلة الآثار « الجزء الممتاز »

٥١١

مجلة الرابطة الشرقية

١٩٠

المجلة الطبية البغدادية

٥١٣

المفصل الكاذب في عنق الفخذ

مقتضبات طبية حديثة

٣٠٥

— اسراع القلب الاشتدادي (مداواة —

٤٥

— السنوخ السنية (المداواة الواقية من تعيق —

١٨٥

الابوبائين

٣١٠

— الاورام القريبطية بالافتناع (مداواة —

٥٤٨

— بثرة الشرق (مداواة —

٥٤٤

البزل القطني في التكهرب

٣٠٦

— تشمع المكرودين بـكلورور الكلسيوم (مداواة حبن —

١٢٤

— حرقه البول باسراك طريقتي المداواة الهيولينية {
والكيمياوية (مداواة —

الصحيفة

٤٠

حمى البطائح

— ذات القصبات والرئمة الناجمة من النزلة الوافدة (مداواة) — ٤٣٥

— الرئمة بالاوروتروبين (مداواة خراج) — ٣١١

الرئمة المفصلية الحادة في الاطفال ٤٣٨

— الصرع يحقن الدم الذاتي (مداواة) — ٤٣

— الضنك (بحث ميري عن) — ٥٥٠

— الكزاز (مداواة) — ٣١٢

الكلسيوم في امراض النساء ٤٢

كلورور البار يوم الحلي التيفية ٥٤٧

المبولات الزئبقية ٤٢٢

المتحولات الزحارية والقروح الجلدية ٣٨

— الهدام (مداواة) — ٣٠٩

— الوريد بالعلق (مداواة التهاب) — ٣٨

مقتضبات من امراض النساء { ٢٤٢ ٤١٧١ ٤١٠٧ ٤٤٦

{ ٤٤١ ٤٣٧٧ ٤٣١٣

— الميكوليز (نظرة في) — ٤٤٩

« ن »

٤١٠

النخامين

« ه »

٣٦٧

الهيستامين والعصارة المعدية

« و »

— الودي حول الشريان: نتائج في جراحة الاطراف (قطع الياف) — ٢٢٠

« ي »

يوييل الاب انسطاس ماري الكرمليني ٥١٠

٠٠٠٠

.....

فهرس الاعلام

من كتبة المقالات والمراسلين مرتبة على حروف المعجم

الصحيفة

٥٦٠	اديب مردست « الحكيم »
٥٩١	امين ابى فاضل « الحكيم »
٤٠٤١٣٣٦	امين الجليل « الحكيم »
٣٣٣	بار « الحكيم الاستاذ »
١٣٤٠٤٣٢١١٣٥٧٤١٩٤٤١٢٩٤٦٥٤٢١	ترابو « الحكيم الاستاذ »
٦٠٦٤٤٥٥٤٢٤٤٣٩٢	
٤٥٥	جود « الحكيم الاستاذ »
٤٧٥٤٢٠٨٤١٥٣٤٩٥٤٥٤	جينستاي « طبيب الاسنان »
٤٦٠٤٣٩٧٤١٦٤	حسنى سبيع « الحكيم »
٧٢	داود يانتو « الحكيم »
٥٩٩	رئيس ابى الاعم « الحكيم الاستاذ »
٥	رضا سعيد « الحكيم الاستاذ »
٣٠٤	شوك الجراح « الصيدلي الاستاذ »
١٧١٤١٧٠٤١٣٤٤١٠٧٤٧١٤٥٩٤٦٤٣٨	شوك الشطي « الحكيم الاستاذ »
٣٠٦٤٣٠٥٤٣٧١٤٢٦٢٤٢٦١٤٢٤٢٤١٨٥	
٤٠٩٤٣٧٧٤٣١٣٤٣١٣٤٣١١٤٣١٠٤٣٠٩	
٥٤٧٤٥٢٢٤٥١٧٤٤٤١٤٤٣٨٤٤٣٥٤٤٣٢	
٥٥٤٤٥٥٠٤٥٤٨	
٤٢٤	شوك القنواني « الحكيم »
٣٦٧٤٢٨٠٤١١٥	صلاح الدين الكواكبي « الصيدلي »
٦٨	طاهر الجزيري « الحكيم الاستاذ »
٢٣٠	عبد الرحمن الكيالي (الحكيم)
٢٧٢٤١٩٨٤١٤٧٤٧٤٤١	عبد القادر سري (الحكيم الاستاذ)

الصحيفة

٦٥

عبد القادر صباغ (الحكيم)

لوسر كل (الحكيم لاسناز)

٥١٣٦٤٨٦٤٤٩٦٤٤٤١٤٣٨٥٣٧٧٦٣٥٢٦٢٩١

٦٦٣٣٦٦١٥٦٥٣٨٥٥٣٣

مرشد خاطر (الحكيم لاسناز)

١٢٩٦١٠٧٦٩٥٤٨٥٦٧٢٦٦٣٩٤٦٦٤٤٣

٣٠٨٦١٩٠٦١٨٨٦١٨٢٦١٧١٦١٥٣٦١٣٨

٣٢٥٦٣١٣٦٢٩١٦٣٥٧٦٣٥٤٦٣٤٢٦٢٢٠

٤١٠٦٣٩٢٦٣٨٥٦٣٧٧٦٣٥٢٦٣٤٤٦٣٤٠

٤٧٥٦٤٧١٦٤٥٥٦٤٤٩٦٤٤١٦٤٢٩٦٤١٧

٥٢٢٦٥٢٣٦٥١٣٦٥١١٦٥١٠٦٤٩٨٦٤٨٦

٦٦٣٣٦٦١٥٦٦٠٦٦٥٧٨٦٥٣٨

مسلم القاسمي (السيد) ١٨٠

ميشيل (الحكيم) ٥٧٨

ميشيل بشور (الحكيم) ١٩٤

ميشيل شمدي (الحكيم لاسناز) ٢٨٠

نجاه الصفدي (طبيب الاسنان) ٥٥٥



